



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Palliatiivinen hoito kotihoidossa

Airo, Janina
Hirvonen, Vilja
Lindstedt, Linda

2018 Laurea



Palliativinen hoito kotihoidossa

Airo Janina, Hirvonen Vilja,
Lindstedt Linda
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2018

Airo Janina, Hirvonen Vilja, Lindstedt Linda

Palliativinen hoito kotihoidossa

Vuosi 2018

Sivumäärä 48

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten palliativinen hoito toteutui eräässä Vantaan kotihoidon yksikössä hoitajien kuvaamana. Opinnäytetyön aihe saatiin Vantaan kaupungilta, jonka vuoksi se perustui työelämän tarpeeseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tarkastella palliativisen hoidon toteutumista kotihoidossa silloisena ajankohtana ja auttaa luomaan edellytyksiä sen kehittämiseen. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka aineisto kerättiin paperisten kyselylomakkeiden avulla alkuvuonna 2018. Vastaajajoukko, joille lomake annettiin oli 23 hoitotyöntekijää ja vastauksia saatiin 13 kappaletta. Aineisto analysoitiin soveltamalla induktiivista aineistoanalyysia ja teemoittelua.

Kyselylomakkeilla saatujen vastausten perusteella osa vastaajista oli sitä mieltä, että palliativinen hoito toteutui hyvin tai vaihtelevasti kun taas osan mielestä sen toteutuminen oli joko huonoa, kohtalaista tai välttävää. Useat vastaajat nostivat esille läsnäolon ja kiireettömyyden merkityksen asiakkaan hoidossa. Vastauksista voidaan kuitenkin nähdä, että resurssipuutokset koettiin vaikuttavan joskus palliativisen hoidon hyvään toteutumiseen. Parhaiten hoitajat pystyivät vastaamaan asiakkaan fyysisiin tarpeisiin, jolloin omaisten rooli muiden tarpeiden huomioimisessa kasvoi. Vastaajien mukaan moniammatillinen yhteistyö koettiin kotihoidossa sekä toimivana että ajoittain myös haasteellisena. Yhteistyön kannalta haasteita oli etenkin kotisairaalan kanssa. Suurin osa hoitajista toivoi myös lisää koulutusta palliativisen hoidon toteuttamiseen.

Jotta hoitajien näkemyksistä palliativisen hoidon toteutumisesta kotihoidossa saataisiin kokonaiskuva olisi hyvä tehdä samanlaista tutkimusta myös muissakin Vantaan kotihoidon yksiköissä. Jatkotutkimusta voisi tehdä myös esimerkiksi palliativisen hoidon koulutuksesta ja sen toteutumisesta, moniammatillisen yhteistyön toimivuudesta erityisesti kotihoidon ja kotisairaalan välillä sekä hyvän palliativisen hoidon onnistumisesta kotihoidon asiakkaan ja/tai hänen omaisensa näkökulmasta.

Asiasanat: Palliativinen hoito, arvokas kuolema, kotihoito

Airo Janina, Hirvonen Vilja, Lindstedt Linda

Palliative care in home care

Year	2018	Pages	48
------	------	-------	----

The purpose of this thesis is to describe how palliative care was realized in one of the home care units in Vantaa as described by nurses. The subject for the thesis was initiated by the city of Vantaa and it was based on working life needs. The objective of the thesis was to examine the realization of palliative care in home care at that moment and to help in creating conditions for its development. The thesis was carried out as a qualitative research. The data was collected with printed questionnaires in the beginning of the year 2018. The questionnaire was given to 23 care workers and the authors received the total of 13 responses. The data was analysed by applying inductive data analysis and themes.

Some respondents thought that palliative care was realized well or it was of variable quality, where as some respondents thought the implementation of palliative care was poor, fair or passable. For many respondents, attendance and unhurried care were perceived as the most important issues in palliative care. The answers in the questionnaires also showed that the nurses felt the lack of resources affecting the implementation of palliative care. The nurses were best able to meet the client's physical needs when the role of the relatives meeting the client's other needs was greater. Another aspect that was brought up in the questionnaires was that multi-professional cooperation was viewed in home care as functional but occasionally also challenging. Challenges in cooperation dealt especially with the home hospital. The majority of the nurses also hoped for more training in palliative care implementation.

To map out the overall picture of the realization of palliative care it would be beneficial to conduct this kind of study also in other home care units in Vantaa. Further studies could also be done about the palliative care training and its implementation, about the functionality of multi-professional cooperation, especially between home care and the home hospital, as well as about the realization of good palliative care from the point of view of the home care client and or his/her relatives.

Keywords: Palliative care, valuable death, home care

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Saattohoito osana palliatiivista hoitoa	7
3	Palliatiivinen hoito kotihoidossa	10
3.1	Oireiden arviointi	11
3.2	Fyysiset oireet	12
3.3	Psyykkiset oireet	14
3.4	Sosiaaliset tarpeet	15
3.5	Hengelliset tarpeet	15
4	Kipu ja kivun hoito	16
4.1	Kivun arviointi	16
4.2	Lääkitys	18
5	Hyvä perushoito	20
6	Omaisten merkitys kotihoidossa	20
7	Hoitohenkilökunnan osaamisen merkitys kotisaattohoidossa	21
8	Opinnäytetyön tausta, tarkoitus ja tavoite	22
9	Tutkimuksen toteuttaminen	22
10	Tulokset	25
10.1	Moniammatillinen yhteistyö	25
10.2	Perushoito kotiolosuhteissa	28
10.3	Läsnäolon merkitys	28
10.4	Omaisten merkitys	29
10.5	Aikaresurssit	30
10.6	Koulutus	30
11	Pohdinta	31
11.1	Tulosten tarkastelu	32
11.2	Luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu	35
11.3	Johtopäätökset, kehittämis ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	36
	Lähteet	39
	Kuviot	43
	Taulukot	44
	Liitteet	45

1 Johdanto

Palliativisessa hoidossa oleva potilas on vaikeasti sairas ihminen, jonka parantavasta hoidosta on luovuttu eikä sairauden etenemiseen voida enää vaikuttaa. Palliativisessa hoidossa kuolemaa pidetään normaalina asiana. Palliativisen hoidon tarkoituksena ei ole pidentää eikä lyhentää elämää, vaan pyrkiä säilyttämään ihmisen toimintakyky niin hyvänä kuin mahdollista elämänsä loppuun asti. Keskeisiä asioita palliativisessa hoidossa ovat hyvä ja kokonaisvaltainen oireiden hoito, kuolemaan valmistaminen, potilaan toiveiden huomioon ottaminen sekä läheisten tukeminen. Saattohoidosta puhuttaessa tarkoitetaan sitä osaa palliativisessa hoidossa, joka ajoittuu viimeisille elinviikoille tai päiville. Silloin potilaan toimintakyky on yleensä merkittävästi heikentynyt. (ETENE 2014, 5; STM 2017, 7.)

Pitkälle edenneenä monet sairaudet kuten syöpä, neurologinen tai muistisairaus, sydän-, keuhko-, maksa- tai munuaissairaudet aiheuttavat palliativisen hoidon tarvetta. WHO:n arvion perusteella elämän loppuvaiheessa palliativista hoitoa tarvitsee Suomessa vuosittain ainakin 30 000 henkilöä. Arviolta joka toinen heistä tarvitsee erityistason konsultaatiotukea tai hoitoa. (STM 2017, 7.)

Palliativista hoitoa tulisi saada kattavasti ja yhdenvertaisesti koko Suomessa. Julkinen terveydenhuolto järjestää pääosin palliativisen hoidon ja saattohoidon asukkailleen. Vastuu toteuttamisesta on sairaanhoitopiireillä, jotka saattohoitosuunnitelmien kautta ohjaavat alueellista toimintaa, kouluttavat hoitohenkilökuntaa sekä vastaavat riittävästä resursseista. (Anttonen 2016, 15; Mäkitie, Saarnio & Saarto 2017; STM 2017, 7.)

Vuonna 2010 noin 70% suomalaisista kuoli sairaalassa tai saattohoitokodissa. Suuri osa niistä, jotka saavat ympärivuorokautista hoivaa sosiaalihuollon tai yksityisissä hoivayksiköissä viedään kuolemaan sairaaloihin, vaikka kuolema olisikin odotettu. Tämä lisää sairastuneen kärsimyksiä viimeisillä hetkillä. Yksi hyvän kuoleman merkki on mahdollisuus kuolla rauhallisesti paikassa, jossa on elämänsä viimeiset kuukaudet viettänyt. Nykyään kotikuoleman mahdollisuuteen kiinnitetään enemmän huomiota. (Anttonen 2016, 15; Terhokoti.)

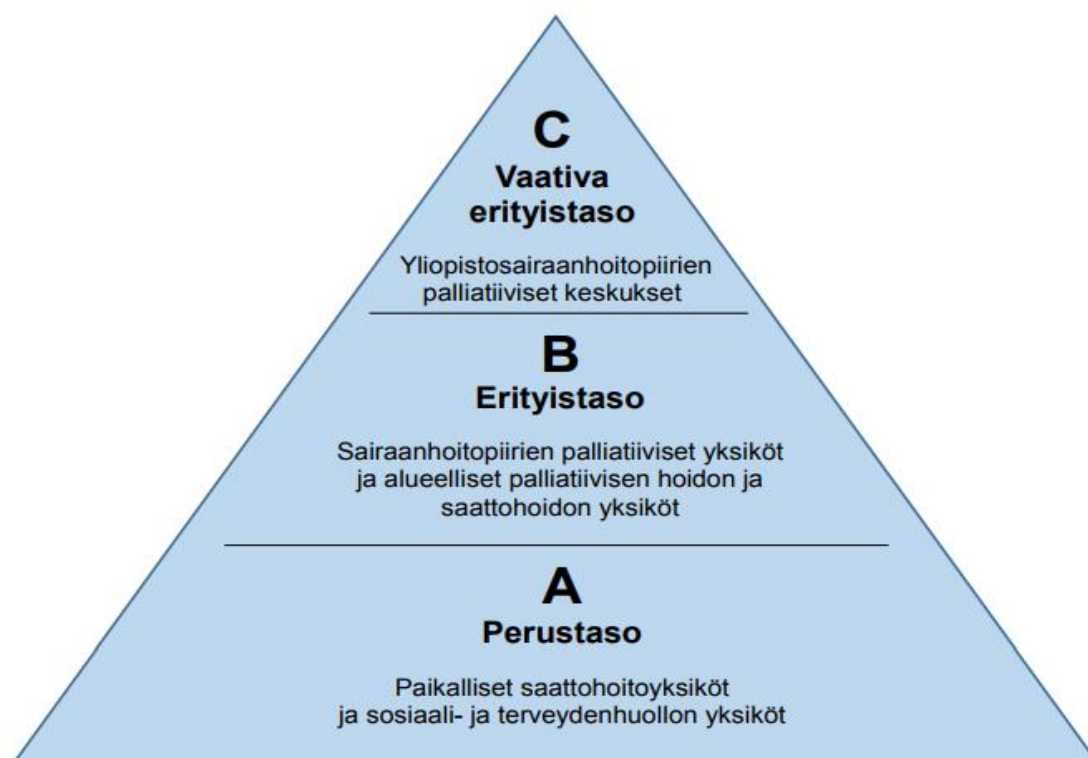
The Economist (2010) lehti julkaisi asiantuntija-arvion elämän loppuvaiheen hoidosta. Arvioinnin kohteita olivat saattohoidon hoitoympäristö, ammattihenkilöstön määrä, hoidon saatavuus, kustannukset ja laatu. Saattohoidon kokonaisarviossa Suomi sijoittui sijalle 28 (kokonaispistemäärä 4,1; min/maksimipisteet 0-10), hoitoympäristönläatu sai 5,7 pistettä, hoidon saatavuus 1,9 pistettä ja hoidon laatu 4,9 pistettä. (Terhokoti.)

2 Saattohoito osana palliatiivista hoitoa

Palliatiivinen hoito, saattohoito ja terminaalahoito ovat osittain päällekkäisiä käsitteitä, joilla kaikilla yleensä tarkoitetaan elämän loppuvaiheen oireenmukaista hoitoa. Palliatiivinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Tärkeintä on kivun ja muiden oireiden lievitys sekä vastaaminen potilaan psykososiaalisiin, hengellisiin ja elämäkatsomuksellisiin tarpeisiin. Hoidon päämääränä on sekä potilaan että läheisten hyvinvointi. Ajallisesti palliatiivinen hoito ei ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen, vaan hoidon vaihe voi kestää jopa useita vuosia. (ETENE 2014, 6.)

Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmien mukaan saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ajoittuen oletetun kuoleman ajankohdan läheisyyteen. Se on erityisesti potilaan aktiivista hoitoa ja läheisten tukea. Keskeisessä asemassa ovat läsnäolo, kuunteleminen ja lohdutus. Saattohoidossa olevan potilaan elinaika on usein vain muutamia viikkoja tai korkeintaan kuukausia. Saattohoidossa keskeistä on myös potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys. Terminaalihoidolla tarkoitetaan välittömästi kuolemaa edeltävää saattohoitoa. (ETENE 2014, 6.)

Palliatiivisen hoidon integrointi osaksi sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää on välttämätöntä, jotta kaikki palliatiivista hoitoa tarvitsevat potilaat saavat asianmukaisen hoidon. Suomessa on kattava palveluverkosto (kts. kuvio 1), joka on porrastettu annettavan hoidon vaativuuden mukaan: perustaso A, erityistaso B, ja vaativa erityistaso C. (STM 2017, 15.)



Kuvio 1. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli. (STM 2017, 15.)

A-tason muodostavat kaikki terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yksiköt, jotka tarjoavat palveluja tai hoitoa elämän loppuun asti. Henkilökunta on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Esimerkiksi kotihoidon ja kotisairaanhoidon yksiköt, sosiaalihuollon alaisten yksiköiden tehostettu palveluasuminen ja vanhainkodit tarjoavat perustason palliativista hoitoa. Perustasoa ovat myös muut ympärivuorokautisen hoidon yksiköt, joissa potilaita hoidetaan elämänsä loppuun saakka, sekä sairaaloiden sellaiset vuodeosastot, joissa kuolevia potilaita hoidetaan vain satunnaisesti. (STM 2017, 16.)

B-taso muodostuu palliativisen hoidon ja saattohoidon yksiköistä (kotisairaala ja saattohoitopaikat, saattohoito-osastot tai saattohoitokodit), palliativisista poliklinikoista sekä konsultaatiotiimeistä. Näissä palliativinen hoito ja saattohoito on pääasiallinen toimi ja henkilökunta on erityiskoulutettua. Alueella on oltava kattava kotisairaalaverkosto ja kotisairaalan tueksi saattohoitoon tarkoitettuja vuodepaikkoja huomioiden tietenkin väestön määrä ja etäisyydet. Yksiköt toimivat osana sairaanhoitopiirin palliativisen hoidon ja saattohoidon palveluketjua monipuolisten erityistason palveluiden ja konsultaatiotuen turvaamiseksi perustason yksiköille. B-tason yksiköt osallistuvat eri ammattiryhmien perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen järjestämiseen ja ylläpitävät sekä kehittävät alueensa palliativisen hoidon osaamista ja toimintatapoja. (STM 2017, 16.)

C-tason muodostavat yliopisto- ja keskussairaalan yksiköt tai saattohoitokodit, jotka tarjoavat alueellaan vaativimman tason saattohoitoa. Henkilöstönä on moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu myös erityistyöntekijöitä. Lisäksi vähintään yhdellä lääkäriellä ja sairaanhoitajalla täytyy olla palliatiivisen hoidon tai lääketieteen pätevyys ja hoidon saatavuus on kaikkina päivinä vuorokauden ympäri. (STM 2017, 16.)

Vuoden 2014 saattohoitohankkeen tavoitteena on muun muassa kehittää valtakunnallisesti kuolevan kärsimyksen hoitamisen koulutusta. Hankkeen tarkoituksena on tukea ja kehittää nimenomaan perustason (A) saattohoitoa. (Terhokoti.)

Palliatiivisen hoidon toteutumista ohjaavat eettiset arvot. Eettisiä arvoja ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. (STM 2010, 13.) Palliatiivisen hoidon oikeudellinen perusta löytyy perustuslain (731/1999) perusoikeuksista ja terveydenhuollon perussäännöksistä. Yksilön oikeuksia ovat ihmisarvon loukkaamattomuus, yhdenvertaisuus, yksilön oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen sekä yksityisyyden suoja. Laki myös velvoittaa jokaista terveydenhuollon ammattilaista hoitamaan potilasta hyvin sekä ylläpitämään ja täydentämään jatkuvasti omaa ammattitaitoaan. (ETENE 2014, 7-9.)

Palliatiivisessa hoidossa ihmisarvon kunnioittaminen kattaa hyvän hoidon antamisen, potilaan kunnioittamisen sekä hänen mielipiteidensä ja toiveidensa arvostamisen. Kunnioittamisen ei tulisi päättyä henkilön kuolemaan. Terveys- ja hoitoalalla yhdenvertaisuus merkitsee yhdenvertaista kohtelua jokaiselle potilaalle riippumatta sukupuolesta, iästä, terveydentilasta, vammaisuudesta, uskonnosta tai muista henkilöön liittyvistä seikoista. Ihmisen elämän vähimmäisedellytykset tulee myös turvata ja potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kuolemaansa asti. Potilaslain mukaan potilaalla on itsemääräämisoikeus ja oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä hyvään kohteluun. Lain mukaan potilaan tulee saada päättää omasta hoidostaan sekä saada riittävästi ymmärrettävää tietoa siitä. (ETENE 2014, 7-9.)

Potilas voi ilmaista tahtonsa tulevasta hoidostaan hoitotahdolla. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä kaikesta hoidosta tai vaatia sen lopettamista. On ihmisarvon mukaista, että potilaan kärsimyksiä pitkittävistä hoidoista luovutaan kuoleman lähestyessä. (ETENE 2014, 7-9.)

Kun etenevässä sairaudessa jarruttavat hoidot eivät ole enää mahdollisia, pitää tehdä uusi hoitolinjaus. Saattohoitosuunnitelma tehdään, kun on todettu, että potilas lähestyy kuolemaa. Parantumattomasti sairaalle on tavoitteena saada hyvä oireenmukainen hoito ja tätä kautta elämän mielekkyyden lisääminen. Tavoitteena saattohoitopäätökselle on saada

kaikille potilaan hoitoon osallistuville yhteinen näkemys potilaan hoitolinjoista ja että kaikki kunnioittavat potilaan omaa tahtoa ja näkemystä. (Kaunonen, Kylmä, Mattila & Åstedt-Kurki 2015, 18-19.)

3 Palliatiivinen hoito kotihoidossa

Kotihoito tukee henkilöitä, jotka eivät pärjää omatoimisesti kodissaan, omaisten tai muiden palvelujen avulla. Kotihoidon tarve arvioidaan aina kunnan sosiaali- ja terveyslautakunnan hyväksymien arviointiperusteiden mukaan. Kotihoidon palvelut ovat maksullisia ja maksut riippuvat käyntien luonteesta. (Vantaan kaupunki.) Kotihoidon palveluita käyttävästä palliatiivisessa hoidossa olevasta henkilöstä käytetään nimitystä asiakas.

Kotihoito perustuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja sen perusteella tehtävään palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Palvelu- ja hoitosuunnitelma laaditaan kunnan ja palvelun käyttäjän kanssa yhdessä, tämän toteutumista seurataan ja se tarkistetaan palvelun tarpeen muuttuessa. (STM.)

Kotihoidon palveluita ovat:

- Kotona selviytymisen ohjaus, tukeminen ja neuvonta
- Omatoimisuuden ja toimintakyvyn tukeminen
- Asiakkaan ravitsemuksesta huolehtiminen
- Asiakkaan henkiökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen
- Asiakkaan lääkehoidon toteutus lääkärin ohjeen mukaan
- Sairaanhoidolliset toimenpiteet ja niiden seurannat
- Näytteiden otto, jos asiakas ei pääse terveydellisistä syistä laboratorioon.

(Vantaan kaupunki.)

Kotihoidossa palliatiivisen hoidon toteutus perustuu asiakkaan toiveeseen kuolla omassa kodissaan. Palliatiivisessa kotihoidossa olevan asiakkaan ominaispiirteitä ovat asiakkaan fyysinen hyvinvointi sekä asiakkaan että perheen psykososiaalinen hyvinvointi, myös hoitohenkilökunnan kokemana. (Tervala 2014, 29.)

Psykososiaalinen hyvinvointi jakaantuu potilaan ja hänen perheensä jokapäiväiseen elämään, turvallisen ympäristön kokemukseen ja myös potilaan, hänen perheensä ja hoitohenkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen ja kohtaamisen haasteisiin. Palliatiivisessa hoidossa kotona olevan asiakkaan fyysinen hyvinvointi voidaan jakaa moneen osaan esimerkiksi fyysisten oireiden hallintaan ja hoitoon, fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen, kivun hoitoon sekä muuttuvaan kehoon. (Tervala 2014, 29.)

Oirekuva muuttuu sairauden edetessä. Oireita on usein paljon, ja ne kasaantuvat. Elämän loppuvaiheessa on tärkeää huolehtia fyysisten tarpeiden lisäksi myös psykologisista, sosiaalisista ja hengellisistä tarpeista. Kuolevan tavallisimpia oireita ovat muun muassa uupumus, heikkous, laihtuminen, kipu, hengenahdistus, yskä, ummetus, ahdistuneisuus ja masennus. (Hänninen & Riikola 2012.)

Huonosti hoidetut oireet heikentävät potilaiden elämänlaatua ja elämänhalua. Vaikea hoitamaton oireilu saattaa altistaa potilaan toivomaan omaa kuolemaansa. Kuolintoiveen esiintyvyydeksi on yksittäisissä raporteissa arvioitu jopa 20 %. Oireista etenkin väsymys, tokkuraisuus ja masennus olivat yhteydessä toiveeseen kuolla. Huono oirehoito vaikuttaa siten osaltaan asiaan. (Hänninen 2015a.)

3.1 Oireiden arviointi

Hyvä oireiden hallinta on yksi tärkeimmistä elementeistä tehokkaan palliatiivisen hoidon tuottamisessa. Kokonaisvaltainen kartoitus potilaan oireista parantaa hoidon laatua sekä auttaa estämään oireiden pahenemista. Oireiden hoidossa on myös tärkeää, kenen arvioon potilaan kärsimyksen arviointi perustuu. Usein erilaisten näkökulmien välillä vallitsee epätasapaino, joka voi näkyä tavassa, miten potilaan ongelmia sairaskertomukseen kirjataan. Nykyisin korostetaan potilaiden omia kokemuksia. (Kaunonen ym. 2015, 17; Hänninen 2003, 24.)

Potilaat kärsivät usein monenlaisista fyysisistä, psyykkisistä ja tunne- elämän häiriöistä. Oireet voivat olla ohimeneviä tai pidempiaikaisia. Potilas ei usein tunnista omia oireitaan eikä osaa ilmaista niitä. Oireen sanallistaminenkin voi tuottaa vaikeuksia. Potilaat ilmaisevatkin oireet, joiden tunnistaminen on helpompaa kuten kipu. Oireen voimakkuutta ja häiritsevyyttä on vaikeampi kuvailla. Moni oiretermi tarkoittaa myös eri ihmisille eri asioita. Pahoinvointi voi merkitä joillekin oksentelua kun taas toisille se merkitsee jatkuvaa kuvotuksen tunnetta. Oireiden arvioinnissa tulee selvittää, onko oire sairaudesta tai sen hoidosta johtuva vai jostain muusta syystä johtuvaa. (Hänninen 2015a.)

Oirearviointimittari on tärkeä tiedonkulun varmistaja palliatiivisen hoitotyön ja saattohoidon asiantuntijan ja hoitavan lääkärin välille. Se on myös hyvä työväline hoitajalle käytettäväksi kotihoidossa. Oireiden arviointiin löytyy erilaisia mittareita, joista Suomessa eniten käytetty on niin sanottu ESAS-mittari (Edmonton Symptom Assessment System) (kts. kuvio 2.) ESAS- oireidenkartoitusmittarilla mitataan yhdeksää palliatiiviselle potilaalle tyypillistä oiretta: kipu, pahoinvointi, väsymys, uneliaisuus, masennus, levottomuus, ruokahalu, hyvinvointi sekä hengenahdistus. Jokainen oire arvioidaan numeerisella asteikolla 0-10, jossa 0 tarkoittaa ei lainkaan ja 10 pahinta mahdollista tunnetta tai oiretta. ESAS-mittari on validioitu työväline ja se mahdollistaa luotettavan, kokonaisvaltaisen oirearvioinnin sekä se on helppokäyttöinen.

Kotihoidossa oirekyselyn voi täyttää hoitaja, asiakas itse tai hänen omaisensa. (Kaunonen ym. 2015, 17.)

ESAS – OIREKYSELY POTILAAN OIREENMUKAISEEN ARVIOINTIIN
Mukaeltu suomenkielinen versio (lähteenä Edmonton Symptom Assessment System – ESAS-r)

Nimi: _____ Päivämäärä: _____
Henkilötunnus: _____

Ympäröikää numero joka parhaiten kuvaa oloanne juuri NYT:

Kipu levossa	-----	
Ei lainkaan	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Kipu liikkeessa	-----	
Ei lainkaan	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Väsymys/uupumus	-----	
Ei lainkaan	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Hengenahdistus	-----	
Ei lainkaan	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Ruokahaluttomuus	-----	
Ei lainkaan	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Pahoinvointi	-----	
Ei lainkaan	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Ummetus	-----	
Ei lainkaan	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Masennus	-----	
Ei lainkaan	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Levottomuus/ahdistus	-----	
Ei lainkaan	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Unettomuus	-----	
Ei lainkaan	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Millaisena koette vointinne kokonaisuudessaan tänään? Elämänlaatu?		
Paras mahdollinen	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen

Kuvio 2. ESAS- mittari. (Vaasan keskussairaala.fi.)

3.2 Fyysiset oireet

Ummetus on palliatiivisessa hoidossa yksi yleisimmistä fyysisistä vaivoista. Sitä yleisempiä ovat ainoastaan kipu ja anoreksia. Syöpäpotilailla ummetuksen esiintyvyys on jopa 70-100 %. Ummetuksella tarkoitetaan harvaa suolen toimintaa, jolloin suoli toimii yleensä harvemmin kuin kolmesti viikossa. Ulostte on usein myös kovaa, kuivaa tai papanamaista ja ulostaminen vaatii kovaa ponnistelua. Ummetukseen voi liittyä useita elämänlaatua heikentäviä oireita, kuten vatsakipua, vatsan turvotusta, pahoinvointia, peräaukon kipua ja jopa peräsuolen nekroosia. (Hillilä 2015.)

Pitkälle edenneissä loppuvaiheen taudeissa dyspnea eli hengenahdistus on yleinen oire. Siitä kärsii yli 90 % keuhkohtaumatautia tai keuhkofibroosia, 50-90 % keuhkosityöpää, 30-70 % muuta syöpää ja 60-80 % sydämen vajaatoimintaa sairastavista. Hengenahdistus on hengittämiseen liittyvä epämiellyttävä tunne, jota potilas voi kuvata esimerkiksi

lisääntyneeksi hengitystyöksi, tukehtumisen tunteeksi tai rintakehän kireydeksi.

Hengenahdistus heikentää merkittävästi potilaan elämänlaatua, toimintakykyä ja esimerkiksi unta. (Lehto & Pöyhä 2015.)

Saattohoitopotilaalla voi esiintyä myös yskää. Yskä voi johtua lisääntyneestä liman erityksestä, mahansisällön takaisinvirtauksesta tai heikentyneestä liman kuljetuksesta. Yskä altistaa hengenahdistukselle ja on näin myös itsessään elämänlaatua heikentävä oire. (Hänninen & Riikola 2012.) Veriyskää esiintyy noin 10-40 %:lla keuhkosityöpöpotilaista ja joskus myös muiden syöpien levitessä hengitysteihin (Lehto 2015). Veriyskä voi olla potilaalle ja omaisille pelottava oire usein siihen liitettävien kauhukuvien perusteella. Näitä kauhukuvia ovat esimerkiksi veren syöksyminen suusta ja tukehtumiskuolema. (Hänninen 2003, 145-146.)

Syöpätautien loppuvaiheissa 30-90 % ja keuhkohtaumataudissa 35-67 % potilaista kärsii ruokahalun menetyksestä tai sen merkittävästä vähenemisestä. Ruokahaluttomuuden syitä voivat olla dyspepsia eli ruokailujen jälkeinen kipu tai epämukavuuden tunne ylävatsan alueella, maun muutokset, pahoinvointi ja oksentelu, kuiva tai kipeä suu, kipu, ummetus, masentuneisuus ja ahdistuneisuus. Mahan turpoaminen ja venytys aiheuttavat usein myös hikkaa. (Hänninen 2003, 172-176; Hänninen, Pöyhä & Saarto 2015.)

Pahoinvointia esiintyy tavallisesti palliatiivisessa hoidossa olevalla potilaalla. Pahoinvointia esiintyy eri tutkimusten mukaan jopa 31-70 %:lla syöpäpotilaista ja jopa 50 %:lla kroonisia tauteja, kuten sydämen tai munuaisten vajaatoimintaa sairastavista. (Koskela & Rahko 2015.) Pahoinvoinnin syitä voivat olla esimerkiksi lääkkeet, ahdistuneisuus, yskä ja limaisuus sekä kipu. Kivusta johtuva pahoinvointi voi helpottua vaihtamalla lääkitystä tai pienentämällä annoksia. Opioideista johtuva pahoinvointi yleensä lievittyy 3-4 päivän kuluessa lääkityksen aloituksesta. (Hänninen & Rahko 2013.)

Suun kuivumisesta (kserotomia) kärsii jopa 30-87 % syöpäpotilaista ja sen aiheuttaja on usein lääkkeet. Suun kuivumisen tunne liittyy syljen tuotannon vähenemiseen. Suun kuivuminen voi aiheuttaa puhe- ja nielemisvaikeuksia, muutoksia makuaistissa, kirvelyä kielellä ja limakalvoilla, suupielen halkeamista ja haavaumia, sieni-infektioita, hengitys saattaa alkaa haista ja suussa voi olla pahaa makua. (Hänninen & Riikola 2012; Suun terveydenhoidon ammattiliitto STAL ry.)

Palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden yleisimpiä oireita ovat myös perussairauteen liittyvä yleistynyt liimahikoilu ja yölliset hikoilupuuskat. Liimahikoilulla tarkoitetaan fysiologisen tarpeen ylittävää hikoilua, ja se voi esiintyä joko yleistyneenä tai paikallisena. Liimahikoilun hoito perustuu liimahikoilun syyn selvittämiseen ja kaikkien mahdollisesti pahentavien tekijöiden eliminoimiseen. Lääkkeet, kuten morfiini, metadoni ja naprokseeni,

voivat aiheuttaa liikkahikoilua, jolloin tulisi harkita muuta vaihtoehtoista lääkevalmistetta. (Isoherranen 2015.)

Ihon kutinaa esiintyy noin 5-12%:lla kuolevista potilaista ja se on haasteellinen oire. Kutina voi johtaa unihäiriöihin, mielialaongelmiin, sosiaaliseen eristäytymiseen sekä heikentyneeseen elämänlaatuun. Loppuvaiheen hoidon potilaiden kutina on monisyistä ja riippuvainen potilaan sairauksista. Syöpätaudeissa kutinaa voivat aiheuttaa muun muassa syöpäsolujen erittämät välittäjäaineet, munuaisen vajaatoiminta tai opioidien käyttö kipulääkkeenä. Kutinan esiintyvyydeksi syöpäpotilailla on raportoitu olevan jopa 20-30 %. (Isoherranen 2015; Hänninen & Riikola 2012.)

3.3 Psyykkiset oireet

Saattohoitopotilaan psyykkisen tilan arvioinnissa lähtökohtana on potilaan, omaisten ja hoitoryhmän jäsenten yhteinen tietoisuus siitä, että potilas on lähestymässä kuolemaa. Potilaalla on oikeus surra. Surua saattaa kuitenkin olla vaikea erottaa esimerkiksi masennuksesta. Palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden masennuksen esiintyvyys on jopa 25 %. (Hänninen & Riikola 2012.)

Potilaiden masennus on haastava diagnoosi, koska potilaan fyysiset oireet kuvastavat huonosti saattohoitopotilaan masennusta. Kuolevan potilaan oirekuvaan kuuluu esimerkiksi väsymys, joka on liitännässä perussairauteen. Potilasta voidaan pitää masentuneena, jos potilas vetäytyy kontaktista, ilmaisee kysyttäessä olevansa masentunut ja on sulkeutunut. (Hänninen 2003, 208-209.)

Ahdistuneisuus voi olla luonnollinen reaktio lähestyvään kuolemaan tai se voi olla osoitus piilevästä häiriöstä kuten kivusta tai muusta alihoidetusta oireesta. Unettomuudella tarkoitetaan subjektiivista tunnetta huonosta nukkumisesta, joka aiheuttaa merkittävää päiväaikaista toimintakyvyn heikkenemistä tai mielialan laskua. Unihäiriössä unen saanti ja unen ylläpito voivat olla vaikeutuneet. Unettomuus aiheuttaa usein ärtyvyyttä, päiväaikaista uneliaisuutta, väsymysoireyhtymää ja keskittymiskyvyn puutetta. (Hänninen & Riikola 2012.)

Delirium on akuutti sekavuustila, jonka taustalla on orgaaninen aivotoiminnan häiriö, jota luonnehtivat samanaikainen tietoisuuden heikkeneminen, tarkkaavuushäiriö, ajattelun ja muistin häiriöt, psykomotoriset ja emotionaaliset muutokset sekä uni-valverytmin muutokset. Syöpää sairastavilla deliriumia esiintyy 26-44%:lla ja viimeisinä elinpäivinä jopa 88%:lla. (Hänninen & Riikola 2012.)

Psyykkisiltä häiriöiltä voivat suojata eletyn elämän arvostava muistelu sekä oikeanlainen surutyö. Oleellinen osa mielen hoitoa ovat hoitosuhteen jatkuvuus ja turvallisuuden tunne. (Hänninen & Riikola 2012.)

3.4 Sosiaaliset tarpeet

Sairauden vaikutukset sosiaaliseen elämään riippuvat esimerkiksi potilaan voinnista ja iästä. Sairauden myötä usein ihmissuhteet vähenevät, mutta samalla perheen ja muiden läheisten tärkeys korostuu. Jos potilas pystyy suhtautumaan tilanteeseensa rauhallisesti ja kykenee ilmaisemaan tunteitaan avoimesti, on omaisten ja läheisten helpompi olla läsnä sekä tukena. Palliatiivisessa hoidossa oleva potilas voi myös eristäytyä muusta maailmasta, usein suojellakseen itseään sekä läheisiään. Eristäytymisen seurauksena potilas voi olla ikävystynyt ja yksinäinen. Etäisyyden ottaminen voi kertoa, että potilas kokee olevansa taakka läheisilleen. Jos potilaalla ei ole omaa perhettä, ystävien merkitys kasvaa. Hoitohenkilökunnan tulisi huomioida enemmän erityisesti perheettömiä. (Palo & Pirttikoski 2015.)

Nykyaikana korostetaan ihmisen yksilöllisyyttä ja itsellisyyttä. Ihminen on aina yksilö suhteessa johonkuhun toiseen. Esimerkiksi henkilö on jonkun lapsi, äiti, isä, puoliso, kollega, ohi kulkija tai naapuri. Potilas on jonkun perheen jäsen ja lisäksi usein jonkun yhteisön jäsen. Vakavan sairauden tiedetään vaikuttavan koko perheeseen ja sairauden kulkuun vaikuttaa myös perheen psykososiaaliset tekijät. Perhekeskeisyys korostuu kuoleman lähestyessä ja somaattisesti sairaiden kanssa työskentelevien pitäisikin ajatella enemmän perhekeskeisesti. (Agge, Anttonen, Grönlund & Lehtomäki 2008, 59.)

Palliatiivisen hoidon tarkoitus on tukea potilasta ja hänen perhettä, auttaa selvitymään oireista sekä selviytymään kuolemaan liittyvistä tunteista. Sairastuminen aiheuttaa turvattomuuden tunnetta, kun kyse on parantumattomasta sairaudesta, mihin liittyy joukko ennalta epämääräisiä oireita. (Hänninen 2015b.) Kuolema on suuri muutos yksilön sekä hänen perheensä elämässä. Jokaisella ihmisellä ja perheellä on omanlaisensa tavat reagoida suuriin muutoksiin. Kuolema uhkaa sekä perheen vuorovaikutusta että tasapainoa. (Agge ym. 2008, 59-61, 67.)

3.5 Hengelliset tarpeet

Kuoleman lähestyessä erilaisten tunteiden valtaama ihminen etsii hengellistä ja henkistä tukea ja vakautta. Eksistentiaaliset kysymykset liittyvät inhimilliseen olemassaoloon. Eksistentiaalisen ahdistuksen ydinkysymys on, mitä on elämä, joka kärsimyksen ja kivun jälkeen päättyy ei-olemiseen. (Muurinen 2015.)

Hengellisydestä puhuttaessa sillä tarkoitetaan ihmisen kiinnostusta elämän tarkoitusta ja oman olemassaolon merkitystä kohtaan. Hengellisyys on osa henkisyyttä, jossa ihminen osoittaa kiinnostusta esimerkiksi jumaluutta tai korkeampaa voimaa kohtaan. Uskonnollisuus on hengellisuuden ulkoinen ilmentymä. Ihmisen sairastuessa henkilökohtaiset hengelliset tarpeet usein aktivoituvat. (Muurinen 2015.)

Toivon merkitys korostuu sairauden aikana, mikä nostaa pintaan henkisiä, sielunhoidollisia ja hengellisiä tarpeita. Elämän kokeminen tarkoitukselliseksi on ihmisen hyvinvoinnin kannalta keskeistä. Tarkoituksellisuuden kokemus liittyy toivon ylläpitämiseen. Potilaan hengellisiä tarpeita voidaan huomioida esimerkiksi kuuntelemalla, hiljentymällä potilaan kanssa ja olemalla läsnä. (Muurinen 2015; Toivonen 2015.)

4 Kipu ja kivun hoito

Palliativisessa hoidossa olevien potilaiden eniten pelkäämä oire on kipu, jonka takia kivunhoito on palliativisen hoidon yksi tärkeimmistä osa-alueista. Kipu on tunnepohjaista. Se on epämiellyttävä kokemus, joka liittyy usein kudosisvaurioon. Kipu on erittäin yleinen oire useissa kuolemaan johtavissa sairauksissa ja sitä esiintyy loppuvaiheen syövässä 35-60%, aidsissa 63-80%, sydänsairauksissa 41-77%, keuhkoisvaurioissa 34-75% ja munuaisisvaurioissa 47-50%. Kipu on samalla sekä fysiologinen ilmiö, että tunne- ja aistikokemus. Vaikka kudosisvauriota ei olisi, kipua voidaan silti aistia ja kokea. Kivunlievitys kuuluu potilaan oikeuksiin osana hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. (Käypä hoito 2017.)

Kipu määritellään keston perusteella äkilliseksi eli akuutiksi kivuksi tai pitkäaikaiseksi eli krooniseksi kivuksi. Kipu on kroonista, jos se on kestänyt pitempään kuin mitä sen aiheuttaneen kudosis- tai hermovaurion paraneminen normaalisti edellyttäisi. Pitkäaikainen kipu jaetaan syöpisvauriosta johtuviin ja muista sairauksista johtuviin kipuihin. Muusta kuin syöpisvauriosta johtuva pitkäaikainen kipu jaetaan yleensä kolmeen kiputyyppiin. Nämä kivun tyypit ovat kudosisvauriosta, hermovauriosta ja toistaiseksi tuntemattomasta syystä aiheutuva kipu eli niin kutsuttu idiopaattinen kipu. (Valvira 2017.)

4.1 Kivun arviointi

Perysedellytykset kivunhoidolle ovat kivun säännöllinen arviointi sekä sen hyvä kirjaaminen. Kivun oireista kirjataan sen voimakkuus, haittaavuus (esim. nukkumiseen, toimintakykyyn, liikkumiseen ja mielialaan), laatu ja mekanismi, sijainti, esiintymisaika vuorokaudesta, läpilyöntikivun esiintyminen, käytössä olevat lääkkeet sekä niiden teho ja haittavaikutukset. (Käypä hoito 2017.)

Potilaan kiputilan kokonaisvaltainen arvioiminen luo pohjan hyvälle lääkehoidolle. Kivun mekanismi tulisi aina selvittää ja selittää se potilaalle. Potilaan on helpompi hallita kipuaan ja hyötyä kipulääkkeistä, kun hän ymmärtää kivun syyn ja sen mekanismin. Hyvä tapa seurata peruslääkityksen riittävyttä on tarkkailla kivun voimakkuutta ja läpilyöntikipulääkkeen kulutusta vuorokausittain. (Hamunen, Heiskanen & Hirvonen 2013.)

Läpilyöntikipulla tarkoitetaan kivussa ilman erityistä syytä ilmenevää kivun lyhytaikaista lisääntymistä hyvästä kivunhoidosta huolimatta. Yksi syy läpilyöntikipuun voi olla kipulääkkeen vaikutuksen ennakoinnin loppuminen (Pöyhä 2002). Läpilyöntikipua ilmenee lähes kahdella kolmesta saattohoitopotilaista ja sitä ilmenee vähiten öisin. Usein läpilyöntikipu kestää vain puolesta tunnista tuntiin. Se saattaa kuitenkin toistua useamman kerran päivässä. Jos läpilyöntikipu on lyhytaikaista, säännöllistä kipulääkitystä ei ole tarpeen muuttaa vaan paras lievitys on nopeavaikutteinen lisäkipulääkitys. (Hänninen 2015b, 30-31.)

Kipu on subjektiivista ja ihminen on aina itse oman kivunsa asiantuntija. Hoitotyössä kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuna erilaisia kipumittareita. Kipua voidaan arvioida numeraalisten, visuaalisten tai sanallisten asteikkojen avulla. Yleisimmin käytetään seuraavia: VAS (visual analogue scale) on kipujana (kts. kuvio 3.), jonka vasen pääty kuvaa kivuttomuutta ja oikea pahinta mahdollista kipua. Potilas tekee merkinnän tai asettaa mittarissa olevan viivaimen kipuaan kuvaavaan kohtaan. Kipujanana asemesta voidaan käyttää myös kivun arviointia numeroina, joka on vaihtoehto VAS:lle. NRS (numeric rating scale)-mittarilla kipua arvioidaan numeroin 1-10, jossa 0 on ei ollenkaan kipua ja 10 on pahin mahdollinen kuviteltavissa oleva kipu. VRS (verbal rating scale) on sanallinen asteikko: ei kipua- lievä kipu- kohtalainen kipu- kova kipu- sietämätön kipu. (Kivunhallintatalo 2017.)



Kuvio 3. VAS -kipumittari (Kivunhallintatalo 2017.)

Useissa tutkimuksissa ainakin ikääntyneet ovat kokeneet NRS- mittarin käytön helpommaksi kuin VAS:n. Vaikka myös sanallinen VRS- mittari on käytössä ikääntyneellä, sen antama informaatio jää asteikon rajoittuneisuuden vuoksi epätarkemmaksi ja todennäköisesti kipuarvio lievemmäksi kuin numeerisilla mittareilla. Kognitiivisesti heikentyneillä ikääntyneillä numeraalinen NRS- mittari soveltuu paremmin kivun arviointiin kuin pelkkä kysymys kivusta. (Rapo- Pylkkö 2017.)

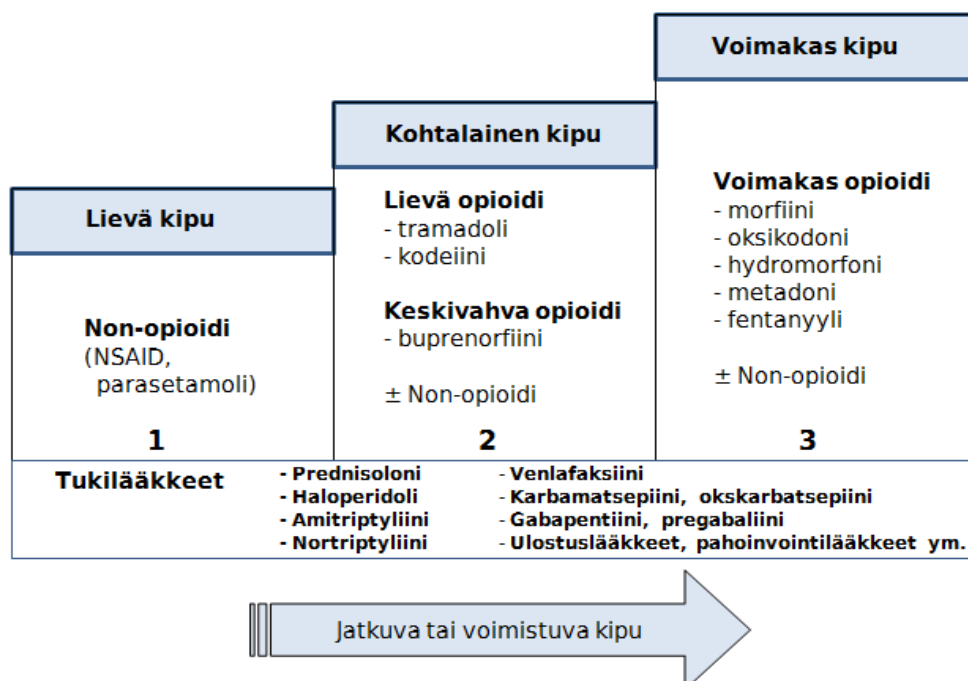
Joissakin tilanteissa kognitiivisesti heikentynyt potilas ei pysty kertomaan kivuistaan itse esimerkiksi muistisairauden takia. Tällöin hoitotyöntekijä voi arvioida potilaan kipua muun muassa tarkkailemalla hänen hengitystään (mm. tihentynyt hengitystaajuus) ja olemustaan (esimerkiksi levottomuus, käytöksen muutos, hikoilu, tuskaisuus, henkilö kieltäytyy liikkumasta jne.) Apuna voidaan käyttää PAINAD-mittaria (kts. kuvio 4.), jonka avulla potilaan kipu on määriteltävissä ja tunnistettavissa helpommin. (PKSSK 2018.)

PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)			
Havaintokategoria		Pisteluokka	
	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittainen vaivalloista Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Hengitys äänekästä ja vaivalloista Pitkiä hyperventilaatiojaksoja Cheyne-Stokes -tyyppinen hengitys
Ääntely	Ei ääntelyä Tyytyväinen ääntely	Satunnaista vaikerointia tai vaihkeita Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua Äänekästä vaikerointia tai vaihkeita, itkua
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeeton	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehon kieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä Levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa Pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu

Kuvio 4. PAINAD- mittari. (pkssk.fi.)

4.2 Lääkitys

Kivun hallinta onnistuu yleensä hyvin, kun noudatetaan yksinkertaisia periaatteita kipulääkityksen portaittaisesta tehostamisesta (kts. kuvio 5.) kivun voimakkuuden mukaan eikä viivytellä vahvan opioidin annon aloittamisessa. Pääperiaatteen mukaan ensin tulisi antaa tulehduskipulääkkeitä (NSAID eli non- steroid anti- inflammatory drug) tai parasetamolia, jonka jälkeen siirrytään mietoihin opioideihin kuten kodeiini ja vasta sitten vahvoihin opioideihin kuten morfiini ja fentanyl. Saattohoidossa siirrytään kuitenkin usein suoraan vahvoihin kipulääkkeisiin. (Hamunen ym. 2013.)



Kuvio 5. Kipulääkityksen portaittainen tehostaminen (Kuuttila & Yrjölä 2014.)

Heikkojen opioidien merkitys palliatiivisessa hoidossa on vähäinen. Esimerkiksi kodeinilla ei ole mitään etua tehon tai siedettävyyden suhteen teholtaan vastaavaan morfiiniannokseen nähden. Paremman kivunlievityksen saavuttamista ja vahvan opioidin annon aloittamista voi turhaan viivästyttää teholtaan vaatimattoman heikon opioidin käyttäminen. Kohtalaiseen ja voimakkaaseen kipuun lisätään usein ibuprofeenin tai parasetamolin rinnalle suoraan vahva opioidi. Tulehduskipulääkkeen ja opioidin yhdistäminen parantaa kivunlievitystä ja todennäköisesti vähentää myös haittavaikutuksia. (Hamunen ym. 2013.)

Palliatiivisessa hoidossa olevat potilaat käyttävät usein monia eri lääkeaineita samanaikaisesti potilaan oireiden runsauden takia. Lääkkeiden yhtäaikaista käyttöä kutsutaan polyfarmasiaksi. Polyfarmasiaa on vaikeaa estää, sillä potilaat käyttävät sivuoireisiin toista lääkettä ja toiseen oireeseen toista. Esimerkiksi opioidit aiheuttavat ummetusta, joka voi omalta osaltaan lisätä potilaan kipuja. Saattohoitopotilaalla on keskimäärin käytössä 5-10 eri lääkeainetta. (Hänninen 2003, 46-49.)

Palliatiivisessa hoidossa lääkehoidon tavoitteena on lievittää potilaan oireita. Lääkitystä tuleekin arvioida säännöllisesti, jolloin käytössä olisi vain ne lääkkeet, jotka edistävät hoidon tavoitetta. Tarpeettomat lääkitykset tulee lopettaa. Moni aiemmin tarpeellinen lääke voi käydä sairauden edetessä turhaksi tai jopa haitalliseksi. (Kiljunen & Marjamäki 2017.)

5 Hyvä perushoito

Perushoito tarkoittaa ravinnon saantia, puhtaudesta huolehtimista, lääkkeiden antoa ja erityistoiminnasta huolehtimista. Perushoito on merkittävä osa palliatiivista hoitoa. Turvallisesti toteutettu perushoito on potilaan ihmisarvon kannalta merkittävää. Potilaan tarpeita tulee kuunnella sekä kunnioittaa hänen itsemäärämisoikeuttaan ja yksityisyyttään. (Hänninen 2015b.)

Vuodepotilaalle syntyy helposti ihorikkoja paineen vaikutuksesta. Ohut iho ja laihtuminen lisäävät haavaumien riskiä. Tavallisimmin painehaavoja syntyy lonkkien, sacrumin, istuinkyhmyjen, kantapäiden ja pään alueelle. Painehaava aiheuttaa potilaalle kipua ja kärsimyksiä, heikentää toimintakykyä ja huonontaa elämänlaatua. Sen komplikaatioina voi olla muun muassa erittäin kivulias haavainfektio. (Hänninen 2015b; HOTUS 2015.)

Noin 60 % painehaavoista jää terveydenhuollossa kokonaan ensin havaitsematta. Painehaavaa ei välttämättä osata tunnistaa ja se saatetaan sekoittaa esimerkiksi inkontinenssin aiheuttamaan ihovaurioon. Suomessa painehaavoja arvioidaan syntyvän vuosittain 55 000-85 000 potilaalle. Painehaavan ehkäisyssä olennaista on painehaavariskissä olevien potilaiden tunnistaminen ja luu-ulokekohtiin kohdistuvan paineen ja venytyksen poistaminen tai minimointi esimerkiksi asentohoidolla. Perushoidon toteutuessa hyvin, painehaavojen syntyminen ja kehittyminen voi olla vähäisempää tai ainakin niiden havaitseminen saattaa aikaistua. (Hänninen 2015b; HOTUS 2015.)

Painehaavojen hoidon tavoitteet palliatiivisessa hoidossa ovat esimerkiksi hajun ja erityksen vähentäminen, verenvuodon estäminen, kivun hoito sekä sopivan paikallishoitotuotteen valinta. Painehaavojen hoidossa myös ravitsemustilan arviointi ja vajaaravitsemuksen hoito ovat tärkeitä. (Isoherranen 2015.)

6 Omaisten merkitys kotihoidossa

Omaishoidolla tarkoitetaan perheen ja suvun piirissä annettua epävirallista hoivaa ja huolenpitoa, joka perustuu pitkälti hoitajan ja hoidettavan väliseen sukulaisuussuhteeseen ja hoitajan kokemaan moraaliseen velvollisuuteen antaa hoivaa ja huolenpitoa. Laissa omaishoidolla kuitenkin tarkoitetaan ikääntyneen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämisä kotiooloissa omaisen tai muun läheisen henkilön avulla. Tällöin hoitaja tekee omaishoitotosopimuksen kunnan kanssa ja saa siitä palkkaa. Suurin osa omaisiaan hoitavista tekee hoitotyötä kuitenkin ilman omaishoidon tukea. Omaisista käytetään jo nimitystä neljäs sektori, joka viittaa omaishoidon merkityksen kasvamista sosiaali- ja terveystaloudissa. (Hammar, Perälä & Rissanen 2008, 63.)

Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen ja tuen saaminen ehkäisevät esimerkiksi ikääntyneellä kognitiivisen kyvykkyyden heikkenemistä ja lievittää masennusta ja yksinäisyyttä. Omaisella on myös merkittävä rooli turvallisuuden tunteen luomisessa. (Hammar, Perälä & Rissanen 2008, 63.)

Hoiva on merkittävä tekijä perheelle, suvulle sekä lähiyhteisölle. Ikääntyneiden kotona selviytymistä on siirretty yhä enemmän omaisille. Kotihoidon asiakkaista useilla on kotona puoliso tai lähiomainen tukemassa kotona pärjäämistä kotihoidon rinnalla. Omaisten merkitys on jännitteinen, koska he eivät ole varsinaisesti kotihoidon asiakkaita, mutta heidän tuki vaikuttaa merkittävästi päätöksiin. Vaikka omaisten merkitys on suuri, on paljon sellaisia henkilöitä, joilla ei ole mahdollisuutta turvautua apuun tai huolenpitoon tilanteen niin vaatiessa. (Kauppo 2012, 10-11.)

Perhe voi osallistua asiakkaan hoitoon eri rooleissa. Äärimmäisissä tapauksissa perhe voi osallistua hoitoon hyvin aktiivisesti tai vastaavasti myös hyvin vähän. Vastaavassa ääripäässä perheen rooli hoitamisessa voi olla toissijainen, sivussa tai perhe voi olla hyvinkin keskeinen toimija. Ulottovuuksista muodostuu neljä roolia olla mukana hoidossa. Myötäilijät jättäytyvät taka-alalle hoidossa. He eivät pysty tai halua osallistua hoitoon. Kilpailijat jättäytyvät myös taka-alalle, mutta jollain tapaa osallistuvat hoitoon. Kilpailijoilla saattaa olla ristiriitaisia näkemyksiä asiakkaan hoidon keinoista sekä tavoitteista. Omaisets, jotka kaipaavat tukea osallistuvat hoitoon yleensä vähän. Usein he kuitenkin haluaisivat osallistua enemmän. Yhteistoiminnalliset omaiset osallistuvat työntekijöiden kanssa sovitulla tavalla hoitoon. (Pietikäinen 2004, 12.)

7 Hoitohenkilökunnan osaamisen merkitys kotisaattohoidossa

Kotihoidossa vastuu ihmisestä on suuri. Hoitajalta vaaditaan osaamista, joka koostuu tiedoista ja taidoista, kokemuksesta ja vuorovaikutuksesta. Hoitajalla tulee olla päätöksenteko- ja harkintakykyä asiakkaan tilan muuttuessa nopeastikin. Myös teknistä osaamista tarvitaan erilaisten apuvälineiden hallitsemisessa. Fyysinen ja henkinen kuormitus ovat korkeita saattohoidossa. Hoitajalta vaaditaan kykyä hallita ja tiedostaa omia tunteitaan sekä kykyä havaita ja hoitaa toisten henkilöiden tunteita. Työssä tarvitaan hyviä ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitoja. (Ollila 2015, 36.)

Saattohoitosuositusten mukaan hoitajien tulee olla koulutettuja saattohoitoon. Vahva osaaminen luo varmuutta ja turvaa henkilöstölle. Nykyisin palliatiivinen hoito ja saattohoito eivät sisälly riittävästi terveyden- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiden perusopetuksen ja jatkokoulutuksen opetussuunnitelmiin. Sairaanhoidajilla opetus on sisällytetty muuhun opetukseen ja on laajuudeltaan usein hyvin pieni. Opintotarjonta voi lisäksi vaihdella oppilaitoksittain. Lisä- ja täydennyskoulutusta on tarjolla hyvin satunnaisesti eikä varsinaista

erikoistumiskoulutusta tällä hetkellä ole saatavilla. Vain lähihoitajakoulutuksessa on määritelty saatto- ja palliatiivisen hoidon ammattitaitokriteerit. (Jänikselä 2014; STM 2017, 11.)

Työnantajalla on velvollisuus huolehtia työntekijöidensä jaksamisesta ja osaamisesta. Työntekijöille tulee tarjota saattohoitoon liittyvää täydennyskoulutusta, työnohjausta sekä tarvittaessa keskustelua hoitotilanteesta. Jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön vastuulle jää potilaiden mahdollisimman hyvä hoitaminen koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella. Hoitajat ovat kuitenkin sitä mieltä, että vaikka koulutuksia järjestetään, ei arvokas teoretieto välttämättä kulkeudu käytännön työhön. (Jänikselä 2014.)

8 Opinnäytetyön tausta, tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, miten palliatiivinen hoito toteutui eräässä Vantaan kotihoidon yksikössä hoitajien kuvaamana. Opinnäytetyön valinta perustui työelämän tarpeeseen. Vantaan kaupunki oli antanut aiheen Laurea ammattikorkeakoululle. Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda edellytyksiä palliatiivisen hoitotyön kehittämiseen kotihoidossa sekä organisaatio- että yksilötasolla.

Tutkimuskysymys oli:

1. Miten palliatiivinen hoito toteutuu kotihoidossa hoitajien kuvaamana?

9 Tutkimuksen toteuttaminen

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Opinnäytetyön toteuttamiseen valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä, koska opinnäytetyön tarkoituksena oli saada laadullista tietoa palliatiivisen hoidon toteutumisesta ko. kotihoidon yksiköstä silloisena ajankohtana.

Laadullisen lähestymistavan tarkoituksena on kuvata todellista elämää. Laadullinen tutkimus vastaa kysymyksiin mitä, miksi ja kuinka. Luonteeltaan laadullinen tutkimus on kuvailevaa, arvioivaa ja luovaa. Erityispiirteenä laadullisessa tutkimuksessa on se, että tavoitteena ei ole totuuden löytäminen tutkittavasta asiasta, vaan laadullisen tutkimuksen keinoin saavutetaan tutkittavien henkilöiden näkökulma eli välitetään kuvaa vastaajien näkemyksistä, ajatuksista, käsityksistä, kokemuksista ja tunteista. Näin ollen henkilöt, joilta tietoa kerätään tulisi tietää tutkittavasta aiheesta mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta tutkittavasta aiheesta. Laadullisessa tutkimuksessa otos voi olla pieni, mutta tavoitteena on analysoida aineistoa mahdollisimman perusteellisesti. Laadullisessa tutkimuksessa vastausten laatu on tärkeämpi kuin niiden määrä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2017; Vilka 2015.)

Tutkimus suunnattiin kotihoidon hoitotyöntekijöille, joita oli 23. Kotihoidossa oli kaksi tiimiä, joissa työskenteli yhteensä kuusi sairaanhoitajaa ja 17 lähihoitajaa.

Vilkan (2015, 81) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineistoa voi kerätä monella eri tavalla. Yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja dokumentteihin perustuva tieto. Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin lomakekyselyä. Kyselomakkeen avulla tutkitaan erilaisia ilmiöitä ja haetaan vastauksia erilaisiin ongelmiin. Kyselyn hyvä puoli on se, että siihen voi vastata nimettömästi ja huono puoli se, että vastausprosentti saattaa helposti jäädä liian alhaiseksi eikä kyselyyn välttämättä vastata ajallaan.

Paperinen kyselylomake katsottiin parhaimmaksi tiedonkeruumenetelmäksi kotihoidon työntekijöiden kiireen vuoksi. Työntekijät ehtivät täyttää kotihoidon toimistolla paperisen kyselylomakkeen helpommin ja nopeammin kuin usein vaivalloisemman internetkyselyn. Kaikilla hoitajilla ei myöskään ole välttämättä mahdollisuutta päästä tietokoneen ääreen töissä ollessaan.

Kyselylomakkeessa käytettävät kysymykset tulee johtaa teoriasta, joten kysymykset tehtiin viitekehykseen perustuen ja tutkimuskysymyksen pohjalta. Lomakkeen alussa kartoitettiin vastaajan taustatietoja kuten oliko vastaaja sairaanhoitaja, lähihoitaja vai muu hoitotyöntekijä. Kysymyksillä selvitettiin myös työskentelyaika ylipäättään terveydenhuollon ammattilaisena sekä työskentelyaika kyseisessä yksikössä. Lomakkeessa oli yksi avoin kysymys, jota oli tarkennettu palliatiivisen hoidon eri osa-alueiden avulla, jotta kysymys oli helpompi ymmärtää ja näin ollen helpompi tarkastella eri näkökulmista. Kysymysten muotoilu ja kysymysten järjestys oli kaikille samanlainen. Kyselylomaketta tehtäessä otettiin huomioon, että kysymykset oli kirjoitettu mahdollisimman selkeästi ja ymmärrettävästi, ilman että niitä pystyi ymmärtämään useammalla kuin yhdellä tavalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2017, 197.)

Ennen kuin kyselylomake annettiin vastaajille, opinnäytetyön tekijät testasivat kyselylomaketta ja varmistuivat siitä, että kaikki kysymykset olivat vastaajalle ymmärrettäviä ja että kysymykset mittasivat juuri sitä, mitä niiden haluttiinkin mittaavan. Kyselyn laatimiseen käytettiin riittävästi aikaa. Kyselylomakkeet vietiin henkilökohtaisesti kotihoidon toimistolle hyvän saatekirjeen kanssa, jossa selitettiin ensin, mitä palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan ja mitä eri osa-alueita siihen kuuluu. Tällä tavalla pyrittiin varmistamaan, että vastaajat pystyivät helpommin kirjoittaessaan pitää mielessään palliatiivisen hoidon eri näkökulmat, jotta vastauksista saatiin mahdollisimman monipuolisia. Saatekirjeessä painotettiin muun muassa lomakkeen täyttämisen tärkeyttä, kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuutta ja vastaajien anonyymiutta. (Vilka 2015, 81.) Kotihoidon työntekijät saivat

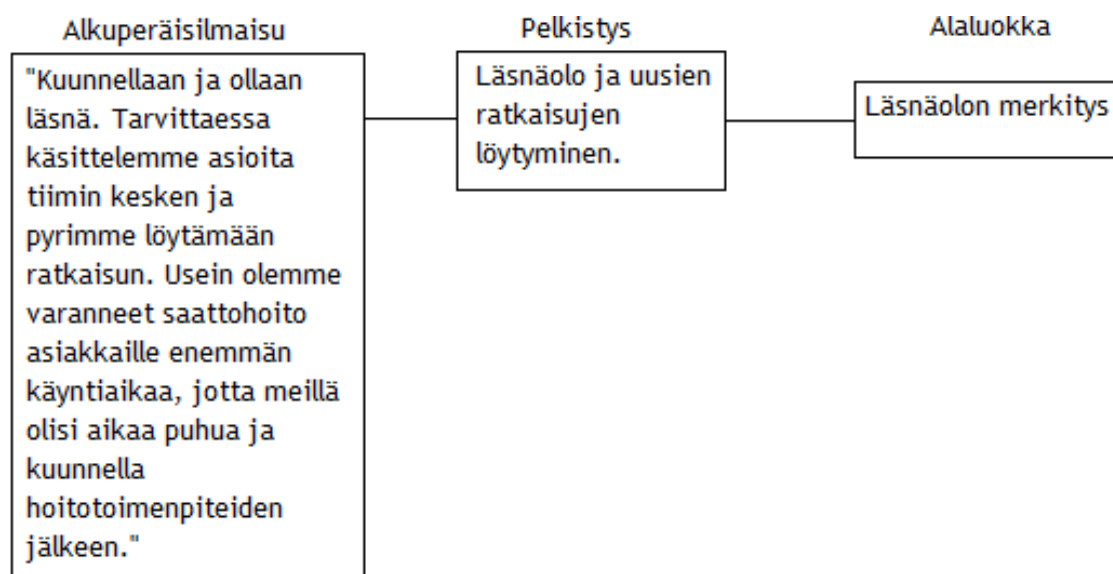
kaksi viikkoa vastausaikaa ajalla 16.1-31.1. Lomakkeet pyydettiin palauttamaan niille tarkoitettuun vastauslaatikkoon, josta ne haettiin heti vastausajan päätyttyä.

Vilkan (2015) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa analyysin pääpaino on numeeristen arvioiden sijaan mielipiteiden ja niiden syiden ja seurausten tarkkailussa. Aineisto analysoitiin soveltamalla induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia sekä teemoittelua. Sisällönanalyysia voidaan käyttää monenlaisten tutkimusaineistojen analysoinnissa. Se on perusmenetelmä laadullisen tutkimuksen analysoinnissa. Sisällönanalyysissa aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Induktiivisen analyysin pyrkimys on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt, jotka voivat olla esimerkiksi yksittäisiä sanoja tai lauseita, valitaan tehtävänasettelun ja tutkimuksen tarkoituksen mukaan. Analyysiyksiköt eivät voi olla etukäteen sovittuja. On tärkeää, että aikaisemmat havainnot, teoria ja tieto eivät ohjaa analyysin toteuttamista tai tutkimuksen lopputulosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Induktiivinen aineistonanalyysi on kolmivaiheinen: aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi sekä teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Pelkistämisessä tutkimusaineistosta karsitaan epäolennainen asia pois. Aineiston pelkistämistä ohjaavat tutkimuskysymys ja aineistosta pelkistetään litteroimalla tai koodaamalla olennaiset ilmaukset. Ennen analyysin aloittamista määritetään analyysiyksikkö. Aineiston ryhmittelyssä käydään läpi tarkasti koodatut alkuperäisilmaukset, joista etsitään samankaltaisuuksia ja /tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samankaltaisuudet kootaan luokaksi, joka nimetään luokan sisältöä kuvaavaksi. Tämän jälkeen alaluokat ryhmitellään yläluokiksi samaa periaatetta noudattaen. Aineiston klusterointia seuraa abstrahointi, jonka tarkoitus on erottaa tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostaa siitä teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Teemoja eli keskeisiä aiheita muodostetaan useimmiten aineistolähtöisesti etsimällä tekstistä sen eri vastauksia yhdistäviä tai erottavia seikkoja. Teemojen muodostamisessa voidaan käyttää apuna koodausta ja/tai kvantifiointia. Esimerkiksi taulukointien avulla voidaan havainnoida sitä, mitkä seikat aineistossa ovat keskeisiä ja näille voidaan sitten miettiä yhdistäviä nimittäjiä, teemoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tämän opinnäytetyön aineisto ryhmiteltiin niin, että ensin aineisto litteroitiin eli kaikki vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi. Vastauksista nousi esiin erilaisia teemoja, jotka värikoodattiin. Aineisto analysoitiin teemoittelun ohella myös induktiivisella aineistoanalyysillä. Ensin aineistosta karsittiin ne epäolennaiset vastaukset pois, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymykseen. Tämän jälkeen olennaiset vastaukset pelkistettiin ja samankaltaisille pelkistyksille muodostettiin yhteinen alaluokka (kts. taulukko 1.)



Taulukko 1: Esimerkki analyysistä

10 Tulokset

Kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 13 henkilöä, joista neljä oli sairaanhoitajia ja yhdeksän lähihoitajia. Yli puolet vastaajista olivat olleet työelämässä yli 11 vuotta ja suurin osa oli työskennellyt kyseisessä kotihoidon yksikössä yli kuusi vuotta.

Tutkimuskysymykseen ”Miten palliatiivinen hoito toteutuu kotihoidossa?” saatiin vastaus kolmeltatoista henkilöltä. Palliatiivisen hoidon toteutuminen kyseisessä kotihoidon yksikössä jakoi mielipiteitä. Osan mielestä se toteutui hyvin tai vaihtelevasti ja osa oli sitä mieltä, että toteutuminen oli huonoa, kohtalaista tai välttävää.

Vastauksia perusteltiin monin eri tavoin. Palliatiivisessa hoidossa läsnäoloa ja kiireettömyyttä asiakkaan luona pidettiin tärkeänä. Vaikka palliatiivisessa hoidossa olevalle asiakkaalle pyrittiin varaamaan usein enemmän käyntiaikaa, hoitajat kuitenkin kokivat, että ajan puute ja kiire vaikuttivat jonkin verran hoidon toteuttamiseen. Usein aika riitti vain ns. pakollisiin hoitotoimenpiteisiin. Omaiset nähtiin merkittävässä roolissa asiakkaan hoidossa.

Moniammatillinen yhteistyö koettiin kotihoidossa sekä toimivana että ajoittain myös haasteellisenä. Haasteita toi myös riittämätön koulutus palliatiivisen hoidon toteuttamiseen.

10.1 Moniammatillinen yhteistyö

Kotihoito teki palliatiivisen hoidon toteuttamisessa paljon moniammatillista yhteistyötä sekä oman yksikkönsä sisällä että eri tahojen kanssa (kts. taulukko 2.) Ulkopuolisia yhteistyökumppaneita olivat vastaajien mukaan ainakin kotisairaala, Terhokoti, psykiatrinen sairaanhoitaja, depressiohoitaja, sosiaalityöntekijä, vapaaehtoistyöntekijät sekä seurakunnan työntekijät.

Kysyttäessä palliatiivisen hoidon toteutumisesta kivunhoidon osalta kotisairaala ja/tai terhokoti hoiti suurimmalta osin palliatiivisessa hoidossa olevan asiakkaan vaativan lääke- ja kivunhoidon. Psykkisten tarpeiden huomioimisessa hyödynnettiin joskus psykiatrisen sairaanhoitajan tai depressiohoitajan konsultaatiomahdollisuutta kotihoidon hoitotyöntekijän arvioidessa sen tarpeelliseksi.

Sosiaalityöntekijän, vapaaehtoistyöntekijöiden ja seurakunnan työntekijöiden rooli korostui sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomioimisessa erityisesti silloin, kun käyntiaika ei hoitajilla välttämättä riittänyt näiden tarpeiden huomiomiseen. Vapaaehtoistyöntekijöistä asiakkaat saivat usein seuraa sekä apua esimerkiksi ulkona liikkumiseen.

”Halukkaille haemme päivätoimintaa sekä vapaaehtoisia seurakunnalta tai hyvä työ- hankkeesta, esim. ulkoilu ja seurustelukaveriksi.”

”Yritämme parhaamme mukaan asiakkaan kunnon huomioon ottaen. Tarjoamme esim. päivätoimintaa, vapaaehtoistyöntekijää ym.”

Useat vastaajista toivat myös esille seurakunnan toiminnan merkityksen ja mahdollisuuden pyytää pappi kotikäynnille asiakkaan luo. Tätä mahdollisuutta ei kuitenkaan vastaajien mielestä usein käytetty eikä siitä ollut välttämättä tietoa kaikkien hoitajien keskuudessa.

”Kuulemma on mahdollista pyytää pappi kotikäynnille, tälle ei kuitenkaan minun aikana ole ollut tarvetta.”

”-- En ole kuullut kuin yhden asiakkaan luona papin käyneen. Tästä mahd. ei edes tietoa hoitajien keskuudessa.”

Oman yksikön tiimityötä kuvattiin melko sujuvaksi, mutta haasteita oli etenkin kotisairaalan kanssa työskentelemisessä, erityisesti työnjaossa. Kotisairaallalla oli isoin vastuu palliatiivisessa hoidossa olevan asiakkaan kivunhoidosta toteuttaessaan erikoissairaanhoitotasoista lääkehoitoa. Vaikka yhteistyö kotisairaalan kanssa koettiin kaiken kaikkiaan melko hyväksi, yhteistyötä haluttiin sujuvammaksi ja sitä haluttiin myös lisää. Yhteistyön sujumattomuuden takia kirjaaminen ja kipujen seuranta koettiin huonoksi, jolloin hoidon seuranta ja jatkuvuus hankaloitui. Omahoitajatiimin katsottiin sen toteutuessaan ja onnistuessaan parantavan tätä.

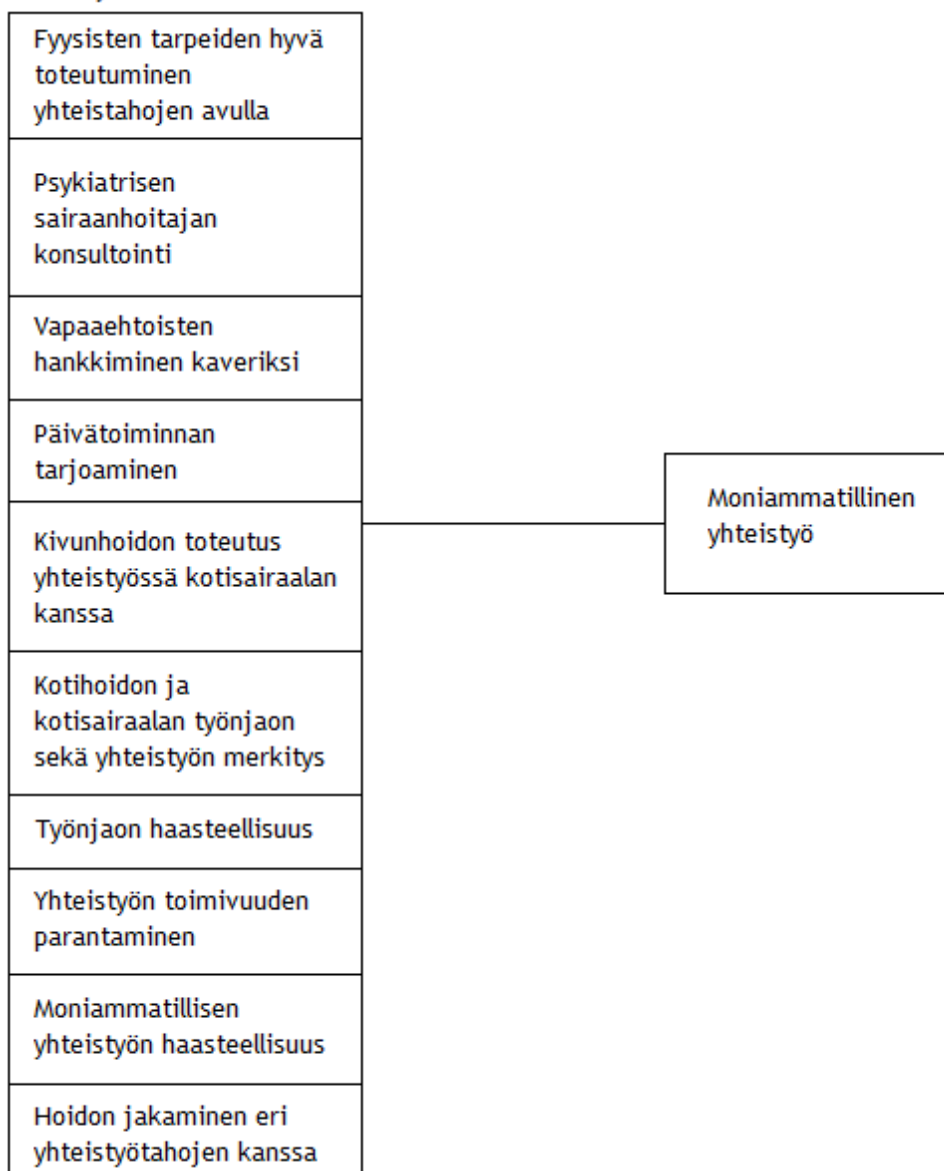
”Kotisairaala hoitaa kipupumput yms omilla käynneillään. Kotihoito taas hoitaa yleensä muut lääkkeet ja haavanhoidot yms. Olisi hyvä, jos kotihoito ja kotisairaala tekisivät enemmän yhteistyötä.”

”Kotisairaalan kanssa työskentely joskus haastavaa, yhteistä kieltä ei löydy ja asioita pompotellaan. Kukaan ei ota vastuuta. -- Kirjaaminen/kipujen seuranta huonoa > jatkuvuus hoidossa, omahoitajasysteemi pitäisi toteutua! omahoitajatiimi olisi paras!”

”Kivunhoidon riittävä toteutuminen vaatisi erikoissairaanhoidon osallistumista (kotisairaala) sekä lääkitukea 24h. Kotisairaalan vastuulla on mahdolliset i.v.-hoidot, kipupumput ym. Yhteistyö kotihoidon ja kotisairaalan kanssa pitäisi saada toimivammaksi.”

Pelkistys

Alaluokka



Taulukko 2: Moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa

10.2 Perushoito kotiolosuhteissa

Fyysisiä tarpeita huomioitiin yhdessä asiakkaan tarpeiden mukaan. Fyysisiin tarpeisiin katsottiin kuuluvan ainakin asentohoito, ravitsemus ja ihonhoito. Perushoito huomioitiin hyvin, ottaen huomioon asiakkaan kotiolosuhteet.

Vastaajat nostivat esille apuvälineiden tärkeyden asiakkaan fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisessä. Apuvälineitä hankittiin asiakkaan tarpeiden mukaan yhteistyötahoja apuna käyttäen. Hoitajat kuitenkin kokivat, että joidenkin apuvälineiden saaminen kesti liian kauan.

”Pyrimme hankkimaan tarvittavia apuvälineitä esim. rollaattori, wc-korottaja. Tarvittaessa asentohoito vuoteessa.”

”Apuvälineitä esim. sairaalasängyn saamisessa kestää liian kauan. Muut apuvälineet saa hyvin/paremminkin hankittua.--”

10.3 Läsnaolon merkitys

Läsnaolon katsottiin olevan tärkeää palliatiivisessa hoidossa etenkin psyykkisten tarpeiden huomioimisessa. Palliatiivisen hoidon asiakkaita huomioitiin antamalla henkistä tukea, kuuntelemalla ja olemalla läsnä. Asiakkaan mielialaa huomioitiin ja huomattiin siinä tapahtuvat muutokset.

”Psyykkisen hoidon osalta avainasemassa on jälleen aika sekä läsnaolo. Se ei toteudu tarpeeksi hyvin kotihoidossa. -- ”

”Kuunnellaan ja ollaan läsnä. Tarvittaessa käsittelemme asioita tiimin kesken ja pyrimme löytämään ratkaisun. --”

”Asiakkaan mielialaa huomioidaan ja kysellään käyntien yhteydessä. Kirjataan mielialasta. Huomioidaan asiakkaan mielialassa tapahtuvat muutokset, ja tarpeen mukaan konsultoidaan lääkäreitä.”

Vaikka psyykkisten tarpeiden huomioimiseen pyrittiin varaamaan lisää käyntiaikaa, aikaa ei kuitenkaan ollut tarpeeksi. Hoitajissa koettiin olevan eroja siinä, kuinka paljon psyykkisten tarpeiden huomioimiseen käytettiin aikaa. Ajan puutteen takia asiakas voitiin ohjata depressiohoitajalle, psykiatriselle sairaanhoitajalle tai muulle alan asiantuntijalle.

”15 min käynneillä ei kovin paljoa psyykkistä tarvetta huomioida, myös hoitajissa eroja! Hoitotyön lomassa tulisi myös tähän kiinnittää huomiota ja muistaa että osa psyk. ongelmista kuuluu sairauteen/palliativiseen hoitoon.”

”-- Usein olemme varanneet saattohoito asiakkaille enemmän käyntiaikaa, jotta meillä olisi aikaa puhua ja kuunnella hoitotoimenpiteiden jälkeen.”

”Meillä käytettävissä Tikkurilan geropsykiatrian poliklinikalta psyk sh, jota konsultoimme tarvittaessa. Hän tekee myös kotikäyntejä.”

Kysyttäessä hengellisten tarpeiden huomioimisesta vastaajat liittivät hengellisyyden ja uskonnollisuuden vahvasti toisiinsa. Aloite hengellisistä asioista keskustelemiseen tuli usein asiakkaalta itseltään eikä hoitajan toimesta. Hengellisten tarpeiden huomioiminen ohjattiin usein toteutettavaksi yhteistyötahoille. Itse hoitajat vastasivat asiakkaan hengellisiin tarpeisiin erityisesti kuuntelemalla ja olemalla läsnä.

”Hengellisten tarpeiden huomiointi vähäistä. Toki kuuntelemme jos asiakas haluaa keskustella. Pyynnöstä mahdollista pyytää kotiin esim. diakonissaa tai saattohoidossa olevalle pappia.”

”Toki itse kuuntelen jos asiakas haluaa heng. asioista puhua.”

10.4 Omaisten merkitys

Omaisten merkitys palliativisessa hoidossa korostui etenkin palliativisessa hoidossa olevan asiakkaan sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomioimisessa. Kysyttäessä sosiaalisten tarpeiden huomioimisesta nostettiin esiin omaisten keskeinen ja tärkeä rooli asiakkaan hoidossa. Omaisten katsottiin myös olevan usein itse aktiivisia ja vapaaehtoisia auttamaan.

”Jos mukana on omainen/omaisia niin asia aina helpompi. Muutoin ehkä aika heikosti tämän asian osalta.”

”Kyllä toimii, yleensä omaiset hyvin aktiivisia ja vapaaehtoisia.”

Omaisia pidettiin päävastuussa myös hengellisten tarpeiden huomioimisesta. Omainen saattoi lukea yhdessä asiakkaan kanssa esimerkiksi Raamattua.

” -- Omaiset (jos niitä on) päävastuussa tästä.”

”Sekin jää hyvin paljon omaisten harteille. -- Joskus kotona omaiset saattavat lukea raamattua yhdessä.”

10.5 Aikaresurssit

Ajan riittämättömyyden ja siitä johtuvan kiireen takia vastaajat kokivat, että palliatiivinen hoito jäi joskus puutteelliseksi ja kaikkiin asiakkaan tarpeisiin ei välttämättä pystytty vastaamaan. Usein asiakkaalle varattu käyntiaika riitti vain fyysisten tarpeiden huomioimiseen.

”Kotihoidolla on usein niin kiire, että ehdimme tehdä vain ns. pakolliset hoitotoimet. Aikaa ei ikävä kyllä ole muuhun.”

”Ei ehkä aina riitä aikaa siihen käynnillä. Pitkälti käynnin aikaa varattu perushoittoon ja voinnin seurantaan.”

Vaikka hoitajat halusivat toteuttaa palliatiivista hoitoa arvokkaasti, he kokivat riittämättömyyden tunnetta ja usein vastuuta jouduttiin jakamaan muille yhteistyötahoille.

”-- Haluamme toteuttaa palliatiivista hoitoa hyvin ja asiakaslähtöisesti. Kiire käynneiltä toiseen ei aina kuitenkaan anna tähän mahdollisuutta.”

”-- Saattohoitotyöhön pitäisi olla paljon enemmän aikaa varattuna, kuin mihin meillä on tällä hetkellä resursseja kotihoidossa. Tärkeintä palliatiiviselle potilaalle on kiireetön läsnäolo.”

”Ikävä kyllä haluaisimme tehdä enemmän asian suhteen, siihen ei ole aikaa.”

”Useimmiten omaisten vastuulla. Aika ei hoitajilla riitä!!”

Kiireestä johtuvat pitkät käyntivälit asiakkaan luona toivat haasteita ainakin säännöllisen kipulääkityksen toteuttamiseen ja sen seurantaan.

10.6 Koulutus

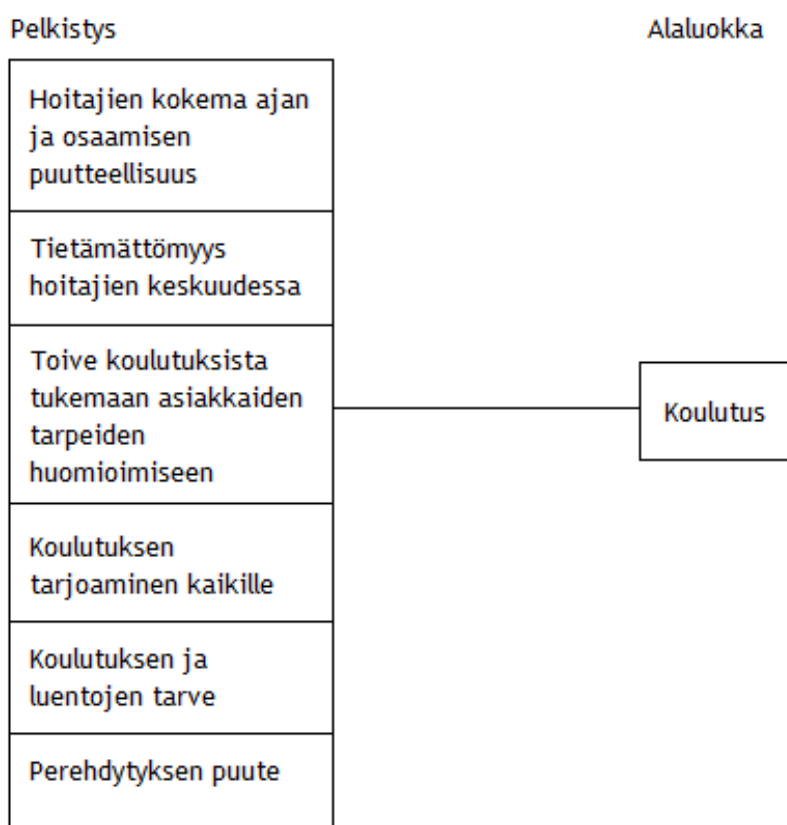
Koulutusta toivottiin lisää yleisesti palliatiivisen hoidon toteuttamiseen (kts. taulukko 3.) Koulutusta haluttiin etenkin kivunhoidosta ja psyykkisten tarpeiden huomioimiseen. Palliatiivisen hoidon katsottiin lisääntyneen huomattavasti kotihoidossa viime vuosien aikana, mutta riittävää koulutusta aiheeseen ei ole ollut tai sitä ei ole ollut kaikille työntekijöille

saatavilla. Työhön perehdyttäminen koettiin myös puutteelliseksi. Vastaajat toivoivat koulutuksia tukemaan asiakkaiden tarpeiden huomioimista.

”Saattohoitokoulutusta ollut muutamille tarjolla -> ehdottomasti oltava kaikille!! Osaaminen ei 10 arvoista. Koko ajan lisääntymässä kotihoidossa.”

”-- Tarvittaisiin erityisosaamista saattohoidon osalta. Työpaikalla tarvittaisiin työnohjausta, koulutuksia saattohoitoon.”

”-- Mielestäni aiheeseen liittyen voisi olla enemmän koulutusta/luentoja, jotta voisimme paremmin huomioida asiakkaiden yksilölliset tarpeet.”



Taulukko 3: Koulutuksen merkitys palliatiivisessa hoidossa

11 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, miten palliatiivinen hoito toteutui eräässä Vantaan kotihoidon yksikössä hoitajien kuvaamana. Opinnäytetyön tutkimuksen tuloksista saatiin arvokasta tietoa palliatiivisen hoidon toteutumisesta ja kotihoidon tilanteesta. Samanlaisia

tuloksia on saatu aiemmistakin tutkimuksista. Tavoitteena oli luoda edellytyksiä palliatiivisen hoitotyön kehittämiseen kotihoidossa ja toivon mukaan tämä opinnäytetyö antaa työkaluja siihen.

11.1 Tulosten tarkastelu

Läsnäolo ja kiireettömyys asiakkaan luona katsottiin olevan tärkeää palliatiivisessa hoidossa. Läsnäololla pystyttiin huomioimaan etenkin asiakkaan psyykkisiä tarpeita. Kotihoidon asiakkaita huomioitiin antamalla henkistä tukea, kuuntelemalla ja olemalla läsnä. Asiakkaan mielialaa huomioitiin ja huomattiin siinä tapahtuvat muutokset. Myös Mattila (2001, 28) kuvasi, että kuolevalle asiakkaalle toisen ihmisen läsnäolo autenttisena itsenään nähdään tärkeimpänä seikkana. Olemiseen ei välttämättä tarvitse liittyä puhumista eikä mitään tekemistä. Tärkein hoitajan kyky on ominaisuus olla läsnä ilman aktiivista toimintaa. Kosketus on tekemisen ja puheen sijaan tärkeää.

Yhteistyö terveydenhuollon muiden yksiköiden kanssa ei aina toiminut palliatiivisessa hoidossa olevaa asiakasta hoidettaessa. Tässä opinnäytetyössä tuli ilmi, että eri yhteistyötahojen välille kaivattiin selkeää työnjakoa ja parempaa sekä toimivampaa yhteistyötä. Granholm (2008, 39-40) kuvasi tutkimuksessaan, että yhteistyö edellyttää valtuuksien ja vastuiden määrittelemistä sekä vastuuhenkilöiden selvittämistä. Näin voidaan parantaa päällekkäisyyksiä sekä keskittää eri toimijoiden resurssit oikealla tavalla.

Kotihoidon työntekijät huolehtivat asiakkaiden sairaanhoidosta ja perushoivasta. Asiakkaalla oli usein myös monenlaisia muita tarpeita, odotuksia ja toiveita, jotka eivät olleet hoidollista työtä. Kolmannen sektorin, kuten vapaaehtoistyöntekijöiden ja seurakunnan työntekijöiden, ottamista mukaan moniammatilliseen yhteistyöhön on kuvattu jo aiemmissa tutkimuksissa. Granholmin (2008, 33-34, 37-38) mukaan yhteistyöhön lähdetään kolmannen sektorin kanssa silloin, kun omat resurssit eivät riitä asiakkaan vähemmän hoidollisissa tehtävissä ja toiveissa auttamiseen. Vantaan kotihoidon yksikössä sosiaalityöntekijän, vapaaehtoistyöntekijöiden ja seurakunnan työntekijöiden rooli korostui sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomioimisessa silloin, kun käyntiaika ei hoitajilla välttämättä riittänyt näiden tarpeiden huomiomiseen. Vapaaehtoistyöntekijät tarjosivat apuaan esimerkiksi ulkona liikkumiseen sekä pitämään kotihoidon asiakkaalle seuraa.

Granholmin tutkimuksessa (2008, 33-34, 37-38) onnistuneeseen yhteistyöhön liitettiin tieto toiminnan voimassaolosta ja sen sisällöstä tiedottaminen. Kun tarjolla olevasta palvelusta ei tiedotettu, hankaloitti se yhteistyötä. Tiedottamiseen liittyy myös resurssit. Yhteistyötä helpottavia tekijöitä ovat yhteystietojen antaminen ja niiden oleminen ajantasalla. Ajan tasalla pysymistä helpottaisi, jos yhteistyötä organisoivaksi vastuuhenkilöksi nimettäisiin joku työntekijä. Yhteistyön edistäminen vaatii työntekijöiltä inhimillisiä voimavaroja ja ajallisia

resursseja. Kotihoidon moniammatillisen yhteistyön toteutumista hankaloitti tiedottamiseen liittyvät ongelmat. Kaikki hoitajat eivät olleet tietoisia kaikista kotihoidon yhteistyömahdollisuuksista kuten mahdollisuudesta pyytää seurakunnan työntekijä asiakkaan luo. Myös Mikkosen tutkimuksessa (2016, 16, 18) toisen ammattikunnan työn sisällys sekä sen tunteminen vahvisti yhteistyötä ja lisäsi kommunikaatiota työntekijöiden sekä organisaatioiden välillä. Puutteellinen suunnittelu toiminnassa esti moniammatillisen yhteistyön tavoitetta hyvän hoidon toteuttamisesta, koska aikatauluja eikä henkilöstöresursseja oltu suunniteltu riittävästi etukäteen.

Yhteistyötä edistää myös tarpeenmukainen yhteydenpito yhteistyötahojen välillä. Granholm (2008, 41) kuvasi kuinka tärkeää on, että asiakkaan hoidosta vastaavat työntekijät saavat tiedot asiakkaan terveydentilaan liittyvistä asioista sekä mahdollisista terveydentilan muutoksista. Yhteistyön sujumattomuuden takia kirjaaminen ja kipujen seuranta koettiin kotihoidossa huonoksi, jolloin koko hoidon seuranta ja jatkuvuus hankaloitui. Omahoitajatiimin katsottiin sen toteutuessaan ja onnistuessaan parantavan yhteistyön sujuvuutta.

Opinnäytetyön tuloksista selviää, että jos kotihoidon asiakkaalla oli omaisia, heidän roolinsa oli usein merkittävä asiakkaan hoidossa. Omaisten rooli korostui etenkin sosiaalisen ja hengellisen tuen antajana. Omainen saattoi esimerkiksi lukea Raamattua yhdessä läheisensä kanssa. Vastaajien mukaan omaiset olivat myös usein vapaaehtoisia ja aktiivisia läheisensä hoidossa. Samankaltaisia tuloksia on todettu aiemmissa tutkimuksissa. Hammarin, Perälän & Rissasen tutkimuksen (2008, 63) mukaan useimpien omaisten apu oli myöskin asiakkaan henkistä tukemista. Tulosten mukaan konkreettisia asioita, joissa omaiset auttoivat olivat pankki-, kauppa- ja apteekkiasioiden hoitamista ja kotitöiden tekemistä. Yli puolet omaisista auttoi myös sairauden hoidossa ja kipujen lievittämisessä. Mitä vaikeampi oli hoidettavan sairaus, sitä enemmän omaiset olivat valmiita antamaan apua. Tutkimuksessa selvisi myös se, että oli lähes kolme kertaa todennäköisempää, että kotihoidon asiakas sai harvemmin kotihoidon työntekijän apua, jos asiakkaan omainen auttoi läheistään vähintään kerran päivässä. Hammarin ym. (2008) tutkimus sekä tämän opinnäytetyön tulokset vahvistavat sen, että omaiset ovat todellinen ja tarvittava voimavara asiakkaan kotona selviytymisessä.

Väestön ikääntyessä resurssien tarve on kasvanut etenkin kotihoidossa, missä keskeisin resurssi on henkilöstö. THL:n mukaan vuosien 2014 ja 2016 välillä yli puolessa maakuntia kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet. Kotihoidon henkilöstömäärät eivät kuitenkaan ole kehittyneet asiakasmäärän kanssa samassa tahdissa. Erityisen selvästi tämä näkyy Uudellamaalla, missä kotihoidon asiakasmäärä on kasvanut voimakkaasti samaan aikaan henkilöstön vähennyttyä. Tämä näyttää heijastuvan osittain asiakkaan luona tehtävien käyntien määrään, jotka alueella ovat myöskin keskimäärin vähentyneet. (THL 2017.)

Kotihoidon henkilöstö näyttää olevan resurssien tarpeesta samaa mieltä. Työterveyslaitoksen Kunta 10 -tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijät ovat kärjessä sairauspoissaoloissa. Hoitohenkilöstö kokee työnsä aiempaa kiireisemmäksi ja huolestuu siitä, kun työtä ei ehdi tehdä niin hyvin kuin haluaisi (Helsingin Sanomat 2017). Samanlaisia ajatuksia todettiin tässä opinnäytetyön tutkimuksessa. Vantaan kotihoidon yksikössä hoitajat kärsivät ristiriidasta, joka syntyi kiireestä ja halusta olla potilaalle läsnä kiireettömästi. Ajan riittämättömyyden ja siitä johtuvan kiireen takia hoitajat kokivat joskus, että palliatiivinen hoito jäi puutteelliseksi ja kaikkiin asiakkaan tarpeisiin ei välttämättä pystytty vastaamaan, vaikka halua olisi ollut. Usein asiakkaalle varattu käyntiaika riitti vain fyysisten tarpeiden huomioimiseen. Kirjaaminen jäi myös joskus puutteelliseksi, jolloin hoidon seuranta ja sen jatkuvuus hankaloitui. Kun päivittäisiä asiakkaita oli paljon, käyntivälit saattoivat pitkittyä ja ne toivat haasteita ainakin säännöllisen kipulääkityksen toteuttamiseen ja sen seurantaan. Ajan puutteen takia vastuuta jouduttiin myös jakamaan muille yhteistyötahoille.

Resurssien puute ja sen seuraukset näkyivät myös Vaaramaan (2006, 17-19, 21-22) Espoon kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa- projektissa. Vaaramaa korosti, että kaikissa kotihoidon tarjoamissa toiminnoissa on alipalvelua. Työntekijöiltä ei saatu riittävästi apua esimerkiksi henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimiseen eivätkä asiakkaat kokeneet saaneensa tarpeeksi aikaa hoitajilta. Tuli myös ilmi, että asiakkaalla oli päivittäistä toimintaa haittaavaa kipua. Kirjaukset, etenkin arkitoimintojen osalta, olivat puutteellisia. Asiakkaat saivat sovitus määrän käyntejä, mutta he eivät saaneet suunniteltua tuntimäärää hoitoa, mikä viittaa työntekijän kiireeseen.

Myös Onditi (2017, 53) kuvasi tutkimuksessaan, että asiakaskäynneillä kiire vaikutti hoitajan ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen. Lyhyellä ja kiireisellä asiakaskäynnillä ei ollut tarpeeksi tilaa asiakkaan tarpeille sekä asiakas koki, ettei saanut tarvitsemaansa apua. Kokonaisvaltainen ja kiireetön kohtaaminen koettiin kuitenkin ehdottoman tärkeäksi asiaksi hoitosuhteessa.

Jänikselän (2014, 17-18) tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijät kokivat, että riittävää ammattitaitoa ei ollut hoitamaan kuolevaa potilasta tai hänen perhettään. Osalla työntekijöistä oli vain vähän kokemusta kuolevan potilaan hoitamisesta ja hoitaja saattoi joutua hoitamaan uransa ensimmäistä kuolevaa. Ammattitaito oli puutteellista muun muassa hoitotyön järjestämisessä. Ongelmia oli myös kuolevan perheen kohtaamisessa ja vaikeiden asioiden puheeksi ottamisessa. Ammattitaito oli puutteellista myös kivunhoidossa. Hoitajilla oli kokemuksia epäonnistuneesta kivunhoidosta, jolloin kuolevalle ei annettu riittävää kipulääkitystä. Osa hoitajista myös koki, että lääkärit eivät ole tarpeeksi rohkeita määräämään kipulääkettä riittävästi. Myös Vantaan kotihoidossa toivottiin lisää koulutusta

yleisesti palliatiivisesta hoidosta sekä etenkin kivunhoidosta ja psyykkisten tarpeiden huomioimiseen. Koulutusta haluttiin saataville myös kaikille työntekijöille eikä vain osalle. Työpaikalla kaivattiin myös työnohjausta emotionaalisesti rankkaan työhön.

11.2 Luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu

Tutkimuksen tekemisessä etiikka kattaa koko tutkimusprosessin erilaisina päätöksinä ja valintoina aiheen valinnasta tutkimustuloksiin asti. Tutkijan ammattietiikka tarkoittaa eettisiä periaatteita, normeja, hyveitä sekä sääntöjä, joita tutkijan tulee noudattaa työssään. Edellytyksiä eettisesti hyvään tutkimukseen ovat tutkimuksen teossa tieteelliset tiedot, taidot ja hyvät toimintatavat. (Hakala 2016.)

Tutkimuksen tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, jotta se olisi eettisesti luotettava. Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta itse tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Hyvän tutkimuksen tulee olla objektiivinen eli puolueeton. Tutkija ei saa tahallisesti vääristellä tuloksia tai jättää käyttämättä helposti saatavilla olevia kontrollikeinoja. Objektiivisen tutkimuksen tulokset eivät muutu, vaikka tutkija vaihtuisi. (Heikkilä 2014.) Opinnäytetyö pyrittiin tekemään mahdollisimman objektiivisesti. Kyselylomaketta käytettäessä opinnäytetyön tekijät eivät vaikuttaneet viestinnällään tai mahdollisella johdattelullaan tutkimuksen vastauksiin. Aineistoa käsiteltiin objektiivisesti siitä mitään olennaista poistamatta tai siihen mitään lisäämättä. Tuloksia ei myöskään vääristelty. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että opinnäytetyön tekijät olivat ulkopuolisia tekijöitä, joilla ei ollut tutkimuksen tekovaiheessa sidonnaisuuksia kohderyhmään, jotka olisivat voineet vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin.

Hyvässä tutkimusraportissa tutkija arvioi käytettävissä olevien tietojen perusteella koko tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden kannalta tärkeää on, että otos on edustava ja tarpeeksi suuri ja kysymykset mittaavat oikeita asioita. Luotettavuutta voidaan parantaa riittävällä vastaajamäärällä. (Heikkilä 2014.) Aineiston keruu järjestettiin sellaisena ajankohtana, jolloin todennäköisimmin mahdollisimman pieni osa työntekijöistä oli lomalla. Vastausaikaa oli myös riittävästi. Riittävää vastaajamäärää pyrittiin myös parantamaan viemällä kyselylomakkeet henkilökohtaisesti kotihoidon toimistolle. Näin opinnäytetyötä vietiin lähemmäs vastaajia, jotta kysely ei olisi ollut vain yksi kysely muiden joukossa.

Kyselylomakkeiden mukana vietiin saatekirje, jossa painotettiin vastaamisen tärkeyttä. Vastaajille kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtuu täysin anonymisti. Näin voitiin kunnioittaa vastaajan itsemääräämisoikeutta. Saatekirjeessä

tuotiin myös ilmi, että tutkimusaineistoa tullaan käsittelemään luottamuksellisesti ja tutkimusaineisto jää ainoastaan tutkijoiden käyttöön, kunnes se hävitettäisiin asianmukaisesti.

Vaikka tutkimukseen saatiin hyvä määrä vastauksia, vastausten sisältö jäi osittain suppeaksi ja tulosten analyysi osoittautui sen takia melko hankalaksi. Paremmen tuotoksen olisi saanut tekemällä esimerkiksi teemahaastattelun, jolloin olisi voinut esittää tarkentavia kysymyksiä. Lomakekyselyn muodossa tutkimuskysymykset olisi voitu muotoilla niin, että vastauksista olisi saatu kuvailevampia. Tutkimuksen kysymykset olivat kuitenkin perusteltuja ja kysymykset olivat selkeitä niin, että ne voitiin ymmärtää vain yhdellä tavalla. Lomakkeesta pyrittiin tekemään mahdollisimman houkuttelevan näköinen ja helppokäyttöinen. Lomakkeesta pyrittiin poistamaan kaikki ylimääräinen ja epäolennainen. Kyselylomakkeen laatimiseen käytettiin myös riittävästi aikaa.

Luotettavuutta parantaa myös melko tuoreiden lähteiden käyttö. Näin ollen käytettävä tutkimustieto oli ajan tasalla. Lähteitä valittaessa tulee kuitenkin käyttää harkintaa ja niitä tulee tarkastella kriittisesti. Opinnäytetyössä käytettiin alkuperäisiä lähteitä aina kuin se oli mahdollista. Alkuperäisten lähteiden käyttäminen on tärkeää, koska alkuperäinen tieto on saattanut muuttua sitä lainatessa ja tulkittaessa. (Hirsjärvi ym. 2007, 109-110.)

11.3 Johtopäätökset, kehittämis ehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Eri yhteistyötahojen välille kaivattiin selkeää työnjakoa ja parempaa sekä toimivampaa yhteistyötä. Etenkin yhteistyö kotihoidon ja kotisairaalan välillä koettiin haastavana. Yhteistyön toteutumista hankaloitti myös tiedottamiseen liittyvät ongelmat. Yhteistyötä voitaisiin parantaa esimerkiksi omahoitajamallin avulla. Omahoitajan tehtäviin kuuluu muun muassa asioiden koordinointi. Omahoitaja pyrkii sovittamaan yhteen palliatiivisessa hoidossa olevan asiakkaan ja kaikkien asiakkaan hoitoon osallistuvien työntekijöiden toimintaa asiakkaan hoidon kannalta tarkoituksenmukaisesti. Suunnittelussa otetaan huomioon hoitojen keskinäinen yhteensopivuus sekä potilaan toivomukset ja tottumukset. Omahoitaja hoitaa yhteydet hoidonantajiin ja neuvottelee asiakkaan kanssa niiden sopivasta toteutuksesta. (Ryhänen 2005, 10.)

Omahoitaja- mallilla voidaan myös parantaa hoidon jatkuvuutta, jossa kommunikaatioon ja tiedonvaihtoon liittyvät asiat ovat keskeistä. Informaatiovälineinä toimivat muun muassa kirjallinen hoitotyön suunnitelma. Omahoitaja kartoittaa yhdessä asiakkaan kanssa hoidon tarpeet ja tekee hoitotyön suunnitelman yhdessä asiakkaan kanssa. Omahoitaja on vastuussa hoitotyön suunnitelman toteutumisesta koko potilaan hoitojakson ajan. Hoitotyön suunnitelma takaa hoidon jatkuvuuden silloin, kun omahoitaja ei ole itse töissä. Päävastuu jatkuvuudesta on omahoitajalla. (Ryhänen 2005, 9.)

Yhteistyötä voitaisiin parantaa myös nimeämällä kotihoidon tiimistä yksi tai useampi hoitaja yhteistyötä organisoivaksi vastuuhenkilöksi. Vastuuhenkilön tehtävänä voisi olla ylläpitää sujuvia suhteita eri yhteistyötahojen välillä sekä toimia viestijänä kotihoidon ja yhteistyötahon välillä. Vastuuhenkilön tehtävänä olisi myös pitää yhteystiedot eri tahojen välillä ajantasalla. Yhteistyöhön liittyvät asiat olisi myös hyvä tuoda esille jo perehdyttäessä uutta työntekijää. Opinnäytetyön tutkimuksessa tuli ilmi, että kaikki hoitajat eivät olleet tietoisia kaikista kotihoidon yhteistyömahdollisuuksista kuten mahdollisuudesta pyytää seurakunnan työntekijä asiakkaan luo.

Kotihoidon ja kotisairaalan välistä yhteistyötä voitaisiin parantaa esimerkiksi yhteisillä koulutuksilla ja palavereilla. Työntekijöiden saaminen saman pöydän ääreen mahdollistaisi tutustumisen toisen ammattikunnan työntekijöihin ja työn sisältöön. Näin työskentelystä saataisiin tehtyä niin sanotusti henkilökohtaisempaa, joka lisäisi ja vahvistaisi kommunikaatiota työntekijöiden sekä organisaation välillä. Yhteiset koulukset kotisairaalan kanssa esimerkiksi kivunhoidosta palvelisi kotihoitoa sekä yhteistyön parantamisessa että uuden oppimisessa. Koulutuksen järjestämistä voisi yrittää kysellä myös isoimmilta organisaatioilta kuten HUS palliatiiviselta keskukselta, joka potilashoidon lisäksi vastaa palliatiivisen hoidon koulutuksesta ja yhteistyöstä perusterveydenhuollon kanssa (HUS.fi).

Työnantajalla on velvollisuus huolehtia työntekijöidensä osaamisesta. Koulutusta tulee olla ehdottomasti saatavilla kaikille hoitoon osallistuville työntekijöille. Kouluttautumisen kautta hoitajan ammatti-identiteetti vahvistuu ja itsevarmuus kasvaa. Opinnäytetyön tulosten perusteella koulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota erityisesti kivunhoitoon sekä psykososiaalisten että hengellisten tarpeiden tukemisen taitoihin.

Kotihoidossa tulisi ensiksi kartoittaa yhdessä esimiehen kanssa, mistä asioista työntekijät toivovat eniten koulutusta. Oman työpaikan koulutusasioissa olisi hyvä pyrkiä hyödyntämään mahdollisesti oman henkilökunnan erityisosaamista. Jollakin hoitajalla voi olla omaa osaamista jostakin tietystä aiheesta kuten diabeteksesta, josta hän voisi kertoa muille. Vastaavasti työpaikalla voisi jakaa tiettyjä aihealueita työntekijöiden kesken, joista pitäisivät muille lyhyen koulutuksen tai infon. Koulutukset kannattaa pitää lyhyinä ja hyödyntää esimerkiksi tiimipalaverien ajankohtia. Näihin vaihtoehtoihin vaadittaisiin kuitenkin työntekijän motivaatioita. Halukkuutta tiedon oppimiseen ja jakamiseen lisäisi mahdollisuus saada tehdä se työajalla.

Hoitajat toivoivat lisää tukea myös työnohjauksen muodossa. Työnohjauksella edistetään työhön liittyvää oppimista ja kehitetään organisaation toimintaa. Työnohjaus on useamman tapaamiskerran oppimisprosessi, jossa keskustellaan avoimesti työhön ja työyhteisöön

liittyvistä asioista. Työnohjausprosessissa etsitään ratkaisuja muun muassa työn sujuvuuden parantamiseksi ja ammatillisen oppimisen edistämiseksi. Työnohjauksen avulla kotihoidon henkilöstö pystyisi muun muassa kehittämään yhteistyötä, omaa oppimistaan ja selkiyttämään yhteisiä tavoitteitaan. Työnohjaus mahdollistaa oppimisen muilta, jäsentää moniammatillista toimintaa, vahvistaa työntekijän ammatillista identiteettiä ja parantaa työssä jaksamista. Työnohjausta tulisi ehdottomasti hyödyntää. Kotihoidossa työnohjausta voitaisiin antaa ryhmälle tai koko työyhteisölle. (Suomen työnohjaajat ry.)

Omaiset olivat merkittävässä roolissa asiakkaan hoidossa. Omaisten merkitys korostui muun muassa sosiaalisten tarpeiden huomioimisessa. On tärkeää ottaa omaisia mukaan läheisensä hoitoon ja osallistaa heitä, mutta täytyy kuitenkin muistaa, että omaiset eivät ole terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja kaikkea hoitoa ei voida jättää vain omaisten varaan. Usein palliatiivisessa hoidossa olevan asiakkaan omainen tarvitsee itsekin samalla lailla tukea hoitajilta kuin asiakas itse. Vaikka omaiset olivat usein itse aktiivisia läheisensä hoidossa, heitä ei saa missään tapauksessa laskea resurssiksi. Omaiset tai heidän aktiivisuutensa ei ole kriteeri kotihoidon palvelun saamiselle. Jokaisella kotihoidon asiakkaalla on oikeus saada tasavertaista kohtelua ja hoitoa. Täytyy myös pitää mielessä, että palliatiiviseen hoitoon kuuluu muutakin kuin pelkästään asiakkaan fyysiset tarpeet, joita hoitajan tulee huomioida. Resursseihin emme pysty vaikuttamaan, mutta hoitaja päättää pitkälti itse siitä, millaista palliatiivista hoitoa hän asiakkaan kotona toteuttaa sekä miten ja kuinka paljon.

Jatkotutkimusaiheiksi nousi tarkemman selvityksen tekeminen esimerkiksi kaikkien Vantaan kotihoidon yksiköiden palliatiivisen hoidon toteutumisesta eikä vaan yksikkökohtaisesti. Tarkempaa tutkimusta voisi tehdä myös pienemmistä kokonaisuuksista kuten palliatiivisen hoidon koulutuksesta ja sen toteutumisesta. Tutkimusta olisi hyvä tehdä myös moniammatillisen yhteistyön toimivuudesta erityisesti kotihoidon ja kotisairaalan välillä, jotta yhteistyötä voitaisiin kehittää. Olisi myös mielenkiintoista tehdä selvitystä palliatiivisen hoidon onnistumisesta kotihoidon asiakkaan ja/tai hänen omaisensa näkökulmasta, erityisesti näkykö resurssien puute asiakaalle, ja jos näky, niin miten.

Lähteet

- Agge, E., Anttonen, M., Grönlund, E. & Lehtomäki, S. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto.
- Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa - Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Väitöskirja. Viitattu 25.6.2017.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1>
- ETENE. 2014. Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio, 5-9. Viitattu 16.6.2017.
<http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>
- Granhölm, T. 2008. Julkisen ja kolmannen sektorin välinen yhteistyö ikääntyneiden kotihoidossa. Pro gradu. Viitattu 3.3.2018.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/79025/gradu02681.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hakala, T. 2016. Eettisyys laadullisessa tutkimuksessa - tutkijan näkökulma. Pro gradu - tutkielman lisäosa. Viitattu 16.11.2017.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100284/GRADU-1481615633.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hammar, T., Perälä, M. & Rissanen, P. 2008. Omaisen läheisensä hoitajana kotona- Avun sisältö ja määrä sekä yhteys kotihoidon työntekijöiden avun määrään. Viitattu 11.2.2018.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101562/perala.pdf?sequence=1>
- Hamunen, K., Heiskanen, T. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Viitattu 24.10.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10822>
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9.painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Helsingin Sanomat. 2017. Vanhusten kotihoitoon tarvitaan lisää käsiä. Viitattu 5.7.2017.
<http://www.hs.fi/paivanlehti/01072017/art-2000005274674.html>
- Hillilä, M. 2015. Ummetus. Palliatiivinen hoito (e-kirja). 2018 Kustannus Oy Duodecim.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.
- Hotus, Hoitotyön tutkimussäätiö. Painehavaan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. 2015. Viitattu 21.9.17
http://www.hotus.fi/system/files/SUOSITUS_PAINEHAAVA_2_10_2015_LINKIT_1.pdf
- HUS. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Viitattu 6.3.2018.
http://www.hus.fi/sairanhoito/sairanhoitopalvelut/syopataudit/syovan_hoito/Sivut/Palliatiivinen-hoito.aspx
- Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2015a. Oireet palliatiivisessa hoidossa. Palliatiivinen hoito (e-kirja). 2018 Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen, J. 2015b. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. Viitattu 18.9.2017.
<https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-alueelliset/sites/171/2017/02/20143850/Saatto-2015-nettiin.pdf>

Hänninen, J., Pöyhiä, R. & Saarto, T. Ruokahaluttomuus. Palliatiivinen hoito (e-kirja). 2018 Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. 2013;129. s. 433-439. Duodecim. Viitattu 9.8.2017.

<http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo10798.pdf>

Hänninen, J. & Riikola, T. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Viitattu 5.7.2017.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/khp/khp00072.pdf>

Isoherranen, K. 2015. Iho- oireet. Palliatiivinen hoito (e-kirja). 2018 Kustannus Oy Duodecim.

Jänikselä, T. 2014. Työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyneistä ongelmista. Pro Gradu. Viitattu 4.9.2017.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/95715/GRADU-1402997182b.pdf?sequence=1>

Kaunonen, M., Kylmä, J., Mattila, K., Surakka, T. & Åstedt-Kurki, P. 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca.

Kauppo, K. 2012. Kotisaattohoitopotilaan ja hänen omaisensa kotona selviytyminen. Pro gradu. Viitattu 5.3.2018.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83534/gradu05885.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kiljunen, M. & Marjamäki, E. 2017. Lääkehoidon arviointi elämän loppuvaiheessa. 19/2017 vsk 72. s. 1231-1235. Lääkärilehti. Viitattu 8.8.2017.

<http://www.laakarilehti.fi/nelli.laurea.fi/tieteessa/katsausartikkeli/laakehoidon-arviointi-elaman-loppuvaiheessa/>

Kipu. Käypä hoito- suositus 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.

Viitattu 24.10.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50103#s1>

Terveyskylä. Kivun arviointi. 2017. Viitattu 25.10.2017.

<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>

Koskela, R. & Rahko, E. Pahoinvointi ja oksentelu. Palliatiivinen hoito (e-kirja). 2018 Kustannus Oy Duodecim.

Kuutila, E. & Yrjölä, S. 2014. Kivunhoidon opas. Oriveden terveyskeskusvuodeosasto. Opinnäytetyön tuotos. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.2.2018.

<http://docplayer.fi/13808300-Kivunhoidon-opas-oriveden-terveyskeskus-vuodeosasto-eveliina-kuutila-satu-yrjola-opinnaytetyon-tuotos-2014-tampereen-ammattikorkeakoulu.html>

Lehto, J & Pöyhiä, R. Hengenhadistus. Palliatiivinen hoito (e-kirja). 2018 Kustannus Oy Duodecim.

Lehto, J. Veriyskä. Palliatiivinen hoito (e-kirja). 2018 Kustannus Oy Duodecim.

Mattila, L. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 5.3.2018.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67109/951-44-5099-X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mikkonen, S. Moniammatillinen yhteistyö suuhygienistien ja kotihoidon työntekijöiden arvioimana. Pro gradu. Viitattu 3.3.2018.

<http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201602061141.pdf>

Muurinen, S. 2015. Eksistentiaalinen kärsimys. Palliatiivinen hoito (e-kirja). 2018 Kustannus Oy Duodecim.

Mäkitie, A., Saarnio, J. & Saarto, T. 2017. Tavoitteena laadukas palliatiivinen hoito oikeassa paikassa oikea- aikaisesti. Viitattu 13.6.2017.
<http://www.laakarilehti.fi/nelli.laurea.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/tavoitteena-laadukas-palliatiivinen-hoito-oikeassa-paikassa-oikea-aikaisesti/>

Ollila, S. 2015. Näkemyksiä hyvästä saattohoidosta Pohjanmaan alueella- näkökulmana ”ihmisen ääni.” Viitattu 16.10.2017. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-591-6.pdf

Onditi, K. 4/2017. Monilääkityt ikäihmiset kotihoidossa - kokemuksia lääkehoidosta ja ajatuksia palvelun kehittämistä. Pro gradu. Viitattu 23.2.2018.
<http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201705101775.pdf>

Palo, R. & Pirttikoski, S. 2015. Omaisten kokemuksia saattohoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Opinnäytetyö. Centria ammattikorkeakoulu. Kokkola-Pietarsaari. Viitattu 18.9.2017
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/101262/Palo_Riina%20Ja%20Pirttikoski_Sanna_opinnaytetyoPDF.pdf?sequence=1

Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro gradu. Viitattu 5.3.2018.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/91596/gradu00373.pdf?sequence=1>

Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä PKSK. 2018. Kivunhoito. Viitattu 10.2.2018. <http://www.pkssk.fi/kivun-hoito>

Pöyhä, R. 2002. Lämpöhoito kivun hoito aikuisilla syöpäpotilailla. Viitattu 24.10.2017.
http://www.finnanest.fi/files/a_poyhia.pdf

Rapo- Pylkkö, S. 2017. Kipumittareiden käyttö vanhuksilla. BestPractice- lääketieteen asiantuntijoiden ammattilehti. Viitattu 19.1.2018.
<https://bestprac.fi/2017/02/28/kipumittareiden-kaytto-vanhuksilla/>

Ryhänen, A. 2005. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen- seurantatutkimus operatiivisen hoitotyön alueella. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisu 35/2005. Viitattu 6.3.2018.
<http://www.pkssk.fi/documents/601237/4571866/isbn9529793340.pdf/83d9133a-f80f-436a-82f0-8e85fba05e64>

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 4.3.2018.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen- Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Viitattu 19.1.2018.
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa - Asiantuntijakuulemisen perustuvat saattohoitosuositukset, 11-13. Viitattu 19.6.2017.
<https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Suomen työnohjaajat ry. 2018. Työnohjaus. Viitattu 6.3.2018.
<http://www.suomentyonohjaajat.fi/tyonohjaus>

Suun terveydenhuollon ammattiliitto STAL ry. 2017. Saattohoitopotilaan suun hoito. Viitattu 21.9.2017

https://www.stal.fi/@Bin/526327/Saattohoito_juttu_Suun_terveydeksi_lehteen.pdf

Terhokoti. Toimintasuunnitelma 2016. Viitattu 13.6.2017.

<http://www.terho.fi/Yhteisvastuu/Toimintasuunnitelma/>

Tervala, J. 2014. Palliatiivinen hoito kotiympäristössä. Pro Gradu. Viitattu 11.7.2017.

<http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201406061689.pdf>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Kotihoidon asiakasmäärät kasvussa, henkilöstön määrän kasvu ei kaikissa maakunnissa seuraa perässä. Viitattu 19.1.2018.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135119/TUTI2017_18_Kotihoidon%20asiakasm%C3%A4%C3%A4r%C3%A4t%20kasvussa%20henkil%C3%B6st%C3%B6n%20m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4n%20kasvu%20ei%20kaikissa%20maakunnissa%20seuraa%20per%C3%A4ss%C3%A4_p%C3%A4ivitetty.pdf?sequence=1

Toivonen, K. 2015. Potilaana ihminen- hermeneuttis-fenomenologinen tutkimus hengellisyydestä ikääntyneiden muistisairaiden hoitotyössä. Pro Gradu. Viitattu 16.10.2017.

http://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/104415/Pro%20Gradu%20tutkielma_Toivonen_2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkasepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 3.7.2017.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vaaramaa, M. 2006. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Espoon kaupunki sosiaali ja terveystoimien julkaisuja. Viitattu 23.2.2018.

<http://www.espoo.fi/download/noname/%7B22DE5150-73FD-4D11-B25B-06593C26EE02%7D/16886>

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2017. Kivun hoito. Viitattu 24.10.2017. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/laakehoito/kivun-hoito>

Vantaan kaupunki. Kotihoito. Viitattu 30.7.2017 http://www.vantaa.fi/terveys-ja_sosiaalipalvelut/ikaantyneiden_palvelut/tukea_kotona_asumiseen/kotihoito

Vaasan keskussairaala. Viitattu 12.2.2018. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/>

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Kuviot

Kuvio 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli. (STM 2017, 15.)	8
Kuvio 2. ESAS- mittari. (Vaasan keskussairaala.fi.).....	12
Kuvio 3. VAS -kipumittari (Kivunhallintatalo 2017.).....	17
Kuvio 4. PAINAD- mittari. (pkssk.fi.)	18
Kuvio 5. Kipulääkityksen portaittainen tehostaminen (Kuutila & Yrjölä 2014.)	19

Taulukot

Taulukko 1: Esimerkki analyysistä	25
Taulukko 2: Moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa	28
Taulukko 3: Koulutuksen merkitys palliatiivisessa hoidossa	31

Liitteet

Liite 1: Saatekirje	46
Liite 2: Kyselylomake	46

Liite 1: Saatekirje

SAATEKIRJE

Hyvä vastaaja!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Tikkurilan Laurea Ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä palliatiivisen hoidon toteutumisesta kotihoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten palliatiivinen hoito toteutuu yksikössänne hoitajien kuvaamana. Tavoitteena on luoda edellytyksiä palliatiivisen hoitotyön kehittämiseen kotihoidossa.

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan elämän loppuvaiheen kokonaisvaltaista hoitoa. Tärkeintä on kivun ja muiden oireiden lievitys sekä vastaaminen potilaan psykologisiin, sosiaalisiin, hengellisiin ja elämäkatsomuksellisiin tarpeisiin. Ajallisesti palliatiivinen hoito ei ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen, vaan hoidon vaihe voi kestää jopa useita vuosia. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ajoittuen oletetun kuoleman ajankohdan läheisyyteen. Saattohoidossa olevan potilaan elinaika on usein vain muutamia viikkoja tai korkeintaan kuukausia.

Keräämme tietoa opinnäytetyön tutkimusta varten oheisella kyselylomakkeella. Tutkimuksen onnistumisen kannalta on erittäin tärkeää, että mahdollisimman moni vastaisi kyselyyn.

Vastaaminen on kuitenkin täysin vapaaehtoista ja se tapahtuu nimettömästi. Kaikki täytetyt kyselylomakkeet käsitellään luottamuksellisesti ja tuloksia tullaan käyttämään vain opinnäytetyötämme varten. Tutkimustulokset julkaistaan sellaisessa muodossa, ettei sieltä ole tunnistettavissa yksittäisiä vastaajia. Opinnäytetyön valmistuttua kyselylomakkeet tullaan hävittämään asianmukaisesti.

Vastausaikaa kyselyyn Teillä on kaksi viikkoa. Kyselyn voitte palauttaa oheiseen vastauslaatikkoon.

Kiitos! Vastauksesi on meille tärkeä.

Ystävällisin terveisin,

Vilja Hirvonen

Janina Airo

Linda Lindstedt

Liite 2: Kyselylomake

KYSELY PALLIATIIVISEN HOIDON TOTEUTUKSESTA KOTIHOIDOSSA OMASSA YKSIKÖSSÄSI

Rastita sopiva vaihtoehto

1. Tutkintonimike

- () Sairaanhoitaja () Lähihoitaja () Muu, mikä?

2. Työkokemus valmistumisen jälkeen

- () alle 5 vuotta () 5-10 vuotta
() 11-15 vuotta () yli 15 vuotta

3. Työskentelyaika kyseisessä yksikössä

- () alle vuoden () 1-5 vuotta
() 6-10 vuotta () yli 10 vuotta

Vastaa omin sanoin seuraaviin kysymyksiin

1. Miten koet palliatiivisen hoidon toteutuvan yksikössäsi?

- fyysisten tarpeiden huomioimisen osalta?

- psyykkisten tarpeiden huomioimisen osalta?

- sosiaalisten tarpeiden huomioimisen osalta?

- hengellisten tarpeiden huomioimisen osalta?

- kivunhoidon osalta?

Tarvittaessa vastausta voi jatkaa lomakkeen kääntöpuolelle.

KIITOS VASTAUKSISTASI!